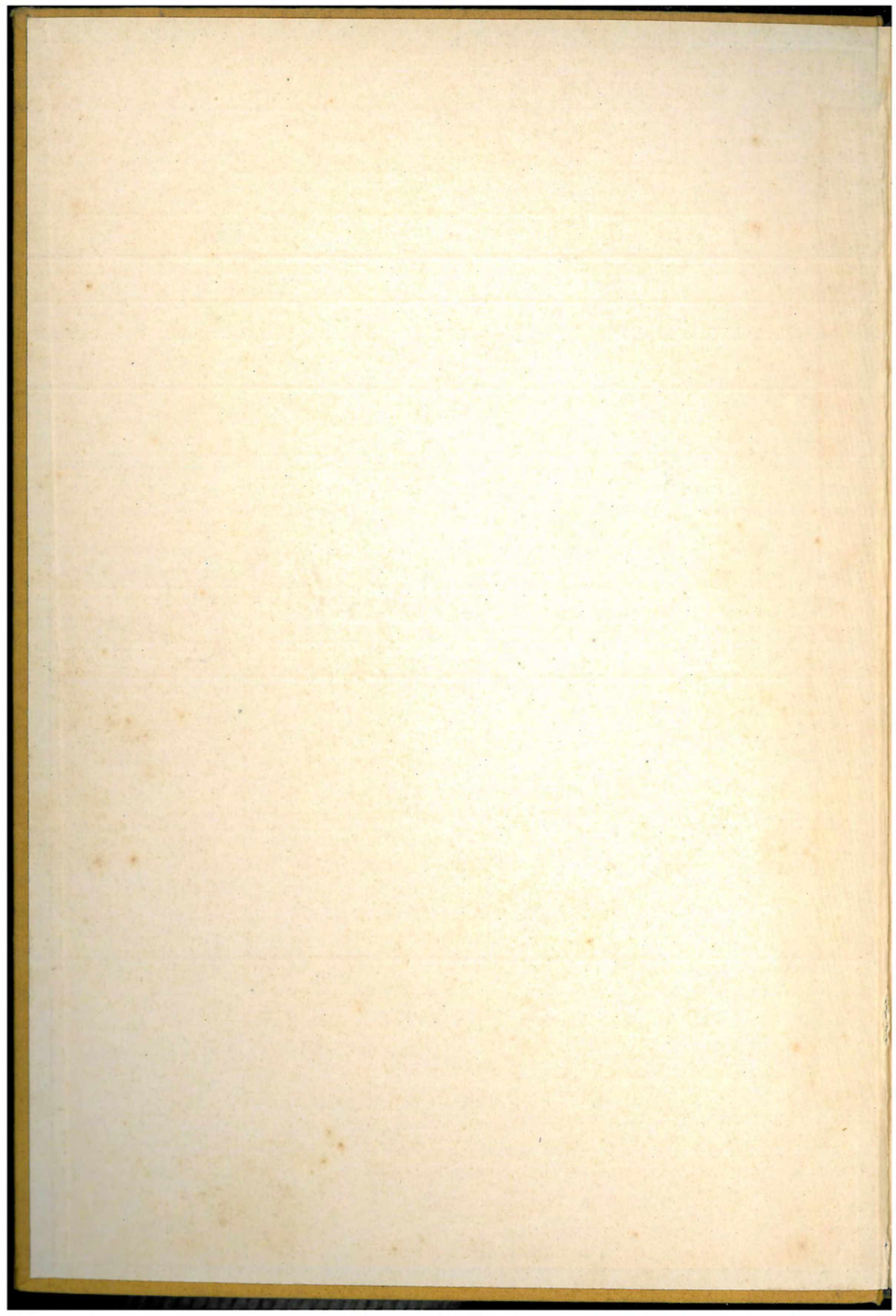
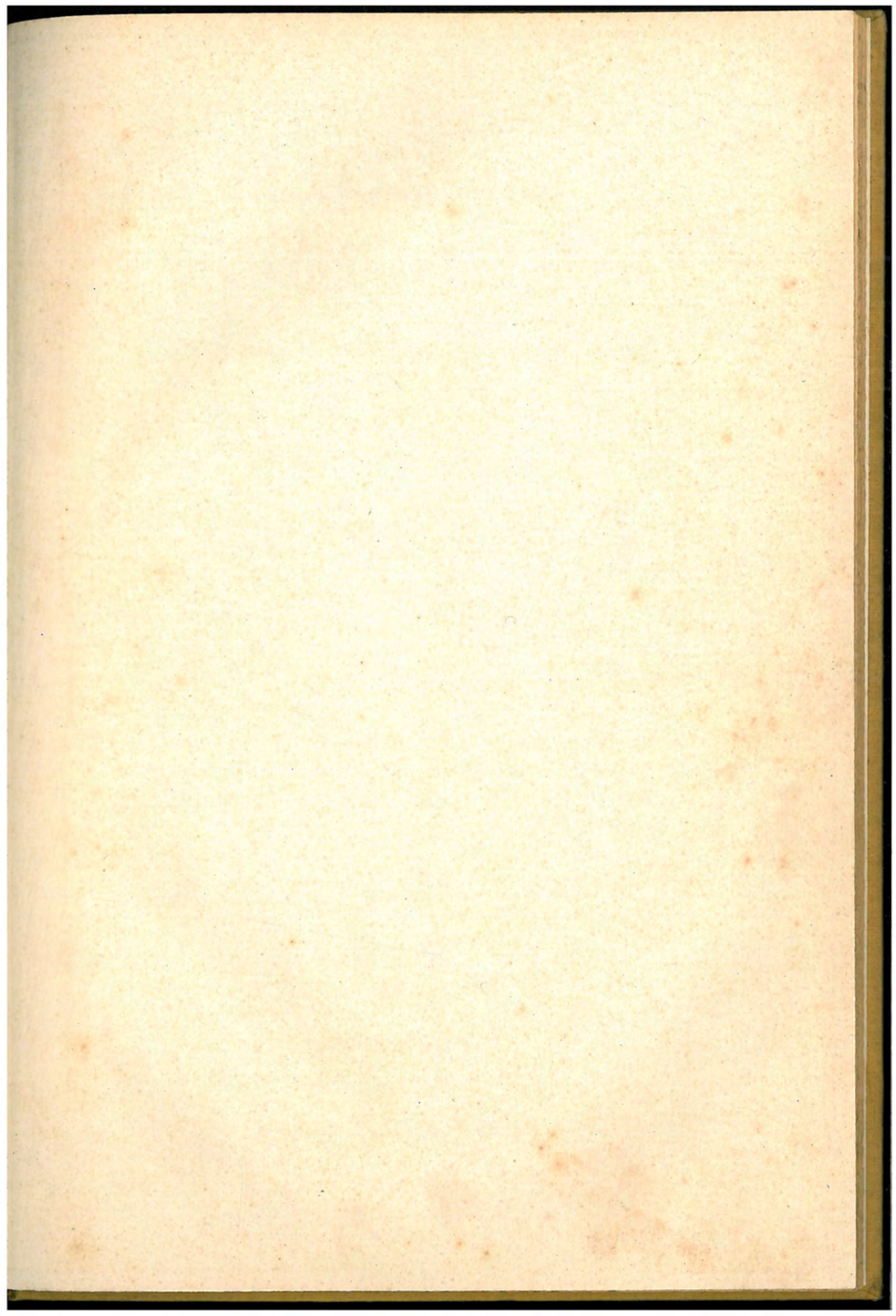
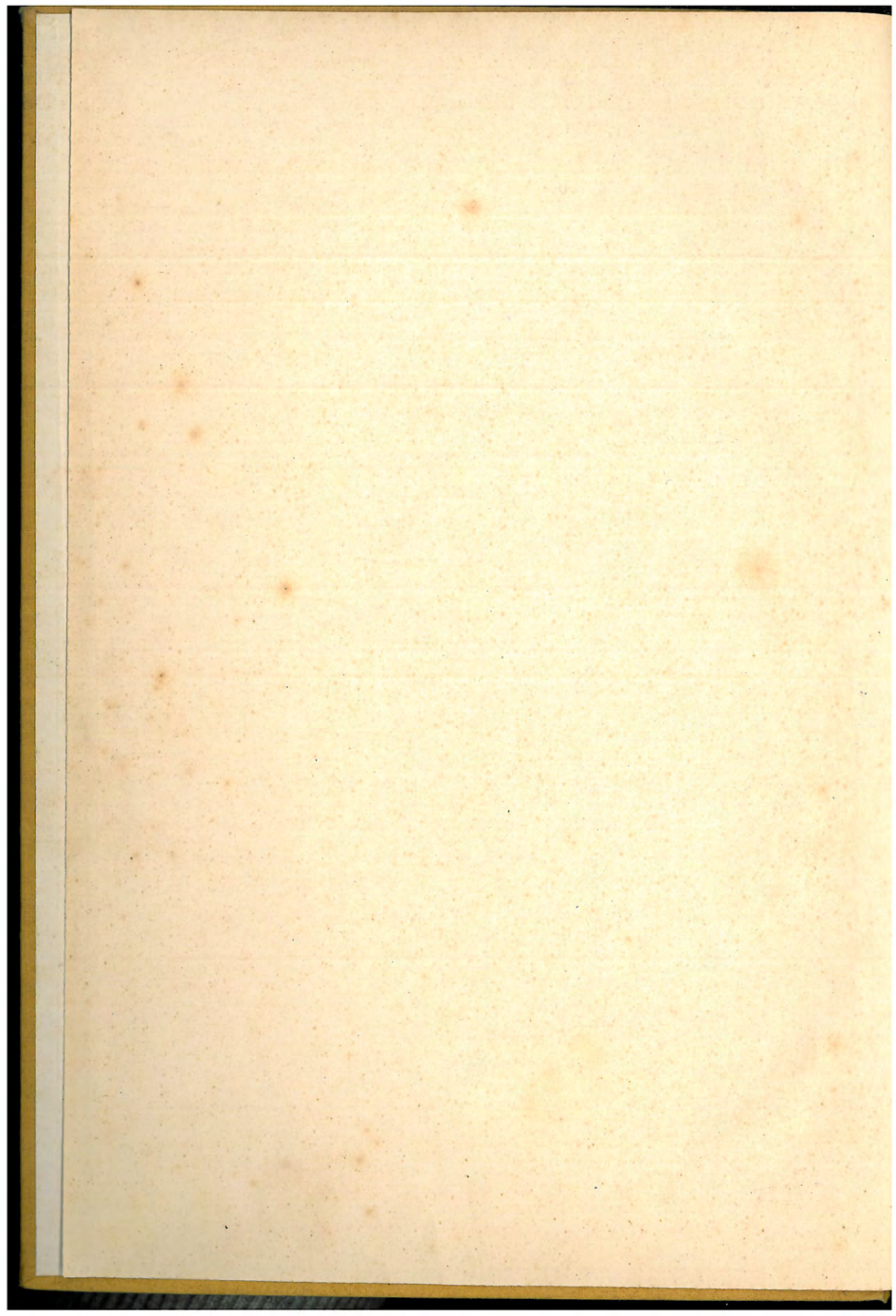
Dr. S. Ferenczi

Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten







Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten

(mit Beiträgen zur therapeutischen Technik)

Von

Dr. S. Ferenczi

1925

Internationaler
Psychoanalytischer Verlag
Leipzig / Wien / Zürich

Gesellschaft für Graphische Industrie A.-G., Wien, III., Rüdengasse 11

Einige meiner letzten psychoanalytischen Aufsätze beschäftigen sich mit der Ergänzung unserer therapeutischen Technik durch gewisse „aktive“ Maßnahmen. Diese Arbeiten waren mehr im Allgemeinen gehalten; sie brachten keine Einzelheiten über die Art und Weise der Anwendung dieses psychotherapeutischen Hilfsmittels und ließen so für mißverständliche Auffassung zu viel Spielraum übrig. Ich halte es darum für meine Pflicht, mich über meine technischen Erfahrungen etwas eingehender zu äußern. Allerdings bin ich auch heute nicht in der Lage, den Gegenstand systematisch zu behandeln, das gestattet mir die Vielseitigkeit und Weitverzweigtheit des Materials einstweilen nicht; immerhin hoffe ich durch Hervorhebung charakteristischer Beispiele aus der Praxis zeigen zu können, wie etwa die sogenannte Aktivität mit Erfolg gehandhabt werden kann, wie man sich ungefähr die Erfolge theoretisch klar machen dürfte und wie sich diese Einzelheiten in das übrige analytische Wissen einreihen. Natürlich werde ich es nicht versäumen, an passender Stelle auf die Grenzen der Anwendbarkeit der Aktivität, ja auch auf neue Schwierigkeiten hinzuweisen, die sich gelegentlich statt der erwarteten Förderung aus ihr ergeben können. Wie jede Einzeluntersuchung, ist auch die vorliegende notwendigerweise mit dem Übel einer gewissen Einseitigkeit behaftet. Indem man seine Thesen gegen alle erdenklichen Einwände verteidigt, erweckt man nur zu leicht den Eindruck, als wollte man das als Neuigkeit Vorgeschlagene auf Kosten dessen, was bisher für richtig galt, anpreisen; man verfällt bei dieser Verteidigungsarbeit leicht ins Advokatorische. Zur Abwehr dieses sicherlich falschen Anscheines bleibt dem Autor nichts anderes übrig als wiederholt zu versichern, daß die sogenannte Aktivität die bisherige Analyse keineswegs ersetzen, sondern sie an einigen Punkten und bei gewissen Gelegenheiten ergänzen will. Der Versuch, die bisherige psychoanalytische Technik einfach durch eine Reihe von aktiven Maßnahmen und

Abreaktionen zu ersetzen, würde sich bitter rächen. Endzweck der psychoanalytischen Therapie ist nach wie vor die vorbewußte psychische Bindung des Verdrängten mit Hilfe wiedererweckter Erinnerungen und notgedrungen angenommener Rekonstruktionen. Die Aktivität ist nur ein Hilfsmittel, das in der Hand des Geübten die analytische Arbeit fördern kann.

Die Zusammenfassung des Mitzuteilenden unter dem Gesichtspunkte einer „Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten" ergab sich erst während der Niederschrift, als es sich zeigte, daß die wissenschaftlichen Assoziationen an unser ursprünglich rein technisches Thema sich von selbst um den im Titel angegebenen Gegenstand herum gruppieren.

I
Zur Analyse urethro-analer Gewohnheiten

Als eine der Hauptregeln in Bezug auf das allgemeine Verhalten dem Analysierten gegenüber kann die Freudsche Formel gelten, wonach die Analyse in der psychischen Situation der Versagung durchgeführt werden soll. Wir verstanden dies bisher nur in dem Sinne, daß man die vom Patienten in der Übertragung gestellten Wünsche und Forderungen unerfüllt läßt, insbesondere seine Sehnsucht nach Zärtlichkeit und die Tendenz, sich beim Analytiker sozusagen fürs ganze Leben häuslich einzurichten. Dem möchte ich nun hinzufügen, daß dem Patienten nicht nur diese Entbehrung, sondern auch Entbehrungen verschiedener anderer Art mit Vorteil auferlegt werden können; die wichtigste der diesbezüglichen Beobachtungen will ich gleich hier vorausschicken.

In einer meiner früheren Arbeiten führte ich unter den Beispielen zur Illustration der aktiven Aufgaben während der Analyse den Fall an, daß man Patienten, die in der Stunde das „passagère Symptom" des Harndranges produzieren, möglichst davon abhält, diesem Drange nachzugeben, in der Erwartung, daß die durch die Verhinderung der Entleerung hervorgerufene Spannungssteigerung, die sich auch auf das Psychische erstreckt, leichter das Material zutage fördert, das sich hinter jenem Symptom zu verstecken suchte. Später sah ich mich veranlaßt, bei einzelnen Patienten Verhaltungsmaßregeln auch in Bezug auf die Stuhlentleerung zu geben, besonders wo ich eine überängstliche Tendenz zur Einhaltung bestimmter Zeitintervalle beobachtete. Auch hier gingen meine Erwartungsvorstellungen vorerst nicht weiter, als daß die Störung dieser Gewohnheiten die Analyse irgendwie fördern dürfte. Die Ergebnisse brachten aber mehr, als ich erwartet hatte. Die Patienten mit Harndrangsymptom erwiesen sich als Personen, die überhaupt viel zu häufig urinieren, das heißt an einer

unauffälligen Art der Pollakisurie leiden, hinter der sich aber die unbewußte Angst vor der unvollkommenen Beherrschung des Blasenschließmuskels versteckt, ein Abkömmling und Rest der infantilen Schwierigkeiten bei der Anpassung an die diesbezüglichen Exkretionsvorschriften. Bei den Stuhlpedanten ließ sich ähnliches feststellen. Sie kompensierten mit ihrer Überpromptheit und Pünktlichkeit die infantil-analerotische Tendenz, den Stuhl möglichst lange zurückzuhalten; aber auch hier wirkte unbewußterweise die Angst mit, daß bei längerer Zurückhaltung sich zu viel Exkret ansammeln und beim Durchgang zu starke Schmerzen verursachen würde. Oft war es ein und derselbe Patient, an dem ich die anale wie auch die urethrale Maßregel anzuwenden mich veranlaßt sah; meistens waren es impotente Männer oder frigide Frauen.

Die erste Reaktion, die ich auf diese Störung langgewohnter Entleerungsgewohnheiten bekam, war nicht selten die folgende: das Urethralverbot wurde vom Patienten ganz selbstbewußt mit der Äußerung abgewiesen, er wäre imstande, auch einen Tag lang den Harn zurückzuhalten, er sei in dieser Hinsicht überpotent usw., und als ich darauf einging und dem Patienten den Auftrag gab, den Harn so lange als er nur kann zurückzuhalten, kam es in der Tat gelegentlich zu erstaunlichen Mehrleistungen, zur Zurückhaltung bis zu 8, bis 10, ja, einmal bis zu 28 Stunden. Allerdings meist nur das erstemal, oder nur eine Zeit lang. Dem Auftrage, diesen Versuch fortzusetzen, kamen sie gewöhnlich nur sehr unvollkommen nach, ja, es zeigte sich, daß manchmal schon eine ein- bis zweimalige Erschöpfung imstande war, die hinter der „Überpotenz" versteckte, dem Patienten bisher ganz unbekannte Neigung zur Enuresis zu entlarven, was dann zur Aufhellung bedeutsamer Stücke der Kleinkindergeschichte des Patienten führte. Es war, als ob hier die erhalten gebliebene Schwäche des inneren Schließmuskels der Blase durch überstarke Innervation der auxiliären externen Schließmuskeln wettgemacht worden, aber nach der Erschöpfung der letzteren unverhüllt zutage getreten wäre.

Auch dem Stuhlpedanten gab ich den Auftrag, abzuwarten, bis sich der Drang von selbst äußere. Da kleidete sich der Widerstand (wie übrigens auch manchmal beim Harnversuch) in die Form hypochondrischer Befürchtungen. Der Darm könne platzen; man bekäme Hämorrhoiden durch die Zurückhaltung; die unausgeschiedenen Exkremente wirkten auf den Organismus schädlich, ja, giftig ein; einzelne klagten über Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Denkunfähigkeit als Folgeerscheinungen; sie sprachen von Fällen, in denen nach langer Obstipation Kotbrechen aufgetreten sei und

waren nur mit Mühe davon abzuhalten, die ihnen zur Gewohnheit gewordene Abführpille oder Irrigation wieder zu gebrauchen. Alle diese Befürchtungen waren aber nur phobische Vorbauten, die den Zugang zur verdrängten Analerotik und zur analen Angst versperrten; ließ man sich durch sie nicht abschrecken, so bekam man nicht selten tiefe Einblicke in das hinter Charaktermerkmale verdrängte Triebleben. Allerdings gab es auch hier Trotzige, die gleichsam, um mich ad absurdum zu führen, ihren Stuhl 4, 5, 8, ja in einem gut beglaubigten Falle 11 Tage lang zurückhielten, um schließlich, offenbar nachdem sie einsahen, daß ich nicht nachgebe, unter heftigen wehenartigen Schmerzen, einen ungeheuren harten Knollen mit nachfolgenden riesigen Stuhlmassen zutage zu fördern.

Auch bei der Stuhlaufgabe genügte zumeist, wenn auch nicht immer, ein einziger Versuch, um den Trotz des Patienten zu brechen; gab man den Patienten neuerlich den Auftrag zur Zurückhaltung bis zum Äußersten, so war dies ihnen bei weitem nicht mehr so leicht, ja, es kam vor, daß eine seit undenklichen Zeiten bestehende Stuhlverstopfung durch diese Maßregel beseitigt wurde. Auch bei der Stuhlentleerung kann, wie es scheint, die Mehrleistung der externen Schließmuskeln die Schwäche der internen verdecken.[1]

Selbstverständlich hätte ich mich nicht so ausführlich mit diesen beiden Funktionen beschäftigt, hätte ich nicht die merkwürdige, anfangs mich selber überraschende Beobachtung gemacht, daß man durch sie rascher gewisse, sonst unzugängliche Verbindungswege zwischen den Charaktereigenschaften und den neurotischen Symptomen einerseits, ihren Triebquellen und der infantilen Vorgeschichte andererseits aufdecken kann. Speziell die sogenannten „Charakteranalysen" dürften eine solche Reduktion zu den anal-, urethral- und oralerotischen Interessen mit Hilfe aktiver Aufgaben erfordern, als gälte es hier, auf die Urquellen zurückzugreifen und deren Triebenergien neu- und andersartig zu vermischen und zu verwenden.

Als unerwarteten Nebengewinn brachten mir die exkrementellen Zurückhaltungsversuche Bestätigungen zur „Amphimixistheorie" der Genitalität, wie sie in meinem „Versuch einer Genitaltheorie" ausgeführt

1) Wer meine Beobachtungen über die oft ganz erstaunlichen „hysterischen Materialisationsphänomene" kennt (siehe Hysterie und Pathoneurosen, Internation. Psychoanalyt. Bibl. Bd. II, 1919), wird es nicht von vorneherein als absurd zurückweisen, daß das Unbewußte sich auch in Form und Gliederung der Exkrete inhaltlichen Ausdruck verschaffen kann, eine Möglichkeit, auf die schon Groddeck in seinem „Seelensucher" halb scherzhaft hingewiesen hat.

ist.[1] In einigen Fällen fiel mir nämlich auf, daß das urethrale Verbot einen unverkennbaren Einfluß auf die Analfunktion merken ließ, als ob die Entleerungstendenz sich sozusagen nach rückwärts verschoben hätte; die Patienten bekamen häufigeren Stuhldrang, Blähungen, reichlichen Abgang von Darmgasen. Aber auch anderweitige Verschiebungen wurden merklich, so ein deutlicher Einfluß auf die Eßlust und was wohl das Merkwürdigste und Wichtigste war, das Auftreten von Erektionen selbst bei solchen Impotenten, die solches bei sich lange nicht mehr beobachtet hatten. Es war unvermeidlich, diese Dinge mit gewissen, in meiner „Genitaltheorie" geäußerten theoretischen Ansichten über die Genese der Genitalität in Zusammenhang zu bringen, ja, sie als experimentelle Bestätigung der dort dargelegten Ansicht aufzufassen, daß sich anale und urethrale Innervationsqualitäten in amphimiktischer Vermengung in den Entleerungs- und Hemmungsfunktionen der Blase und des Mastdarms nachweisen lassen, daß diese Tendenzen sekundär auf das Genitale verlegt werden und beim Begattungsakte die Ejakulationsbestrebungen und deren Hemmungen beherrschen. Nebst der theoretischen Wichtigkeit dieses Fundes erschien es mir aber auch in praktischer Hinsicht sehr bedeutsam, daß sich durch die erwähnten aktiven Maßnahmen eine Aussicht auf die leichtere Rekonstruktion der prägenitalen Struktur der Impotenzfälle eröffnete. Ich teile übrigens vollkommen W. Reichs Ansicht,[2] daß nicht nur die manifesten Fälle von Impotenz, sondern sozusagen alle Neurosenfälle mit irgendwelchen Störungen der Genitalität einhergehen und konnte die Verwendbarkeit der urethro-analen Aktivität bei den verschiedensten Neurosenformen erproben.

Dem nächstliegenden Einwand, daß es sich bei der Retention nur um eine mechanische Reizung der benachbarten Genitalien handelt, kann ich die Beobachtung entgegenstellen, daß die Erektionen sich nicht nur als „Wassersteife", das heißt bei gefüllter Blase meldeten, sondern auch nach der Entleerung. Viel zwingender als dieses Argument sprach aber für den beschriebenen Zusammenhang das psychische Benehmen des Analysierten. Diejenigen, hinter deren „Überpotenz" latente kindliche Schwächen verborgen waren, wurden merklich bescheidener, während jene, die bei den gelungenen Zurückhaltungsversuchen eine gewisse Ängstlichkeit über-

1) Ferenczi, Versuch einer Genitaltheorie, Internat. Psychoanalyt. Bibliothek, Bd. XV. 1923.

2) Kongreßvortrag, Salzburg 1924: „Die therapeutische Bedeutung der genitalen Libido."

wanden, eine bemerkenswerte Hebung des Selbstvertrauens auch in sexueller Hinsicht zeigten. Unter anderem bekamen sie auch Mut zu tiefergreifenden Assoziationen und Erinnerungen, wohl auch zu Fortschritten in der analytischen Übertragungssituation, zu denen sie sich vorher nicht emporschwingen konnten. Auch bin ich dessen nicht so gewiß, ob überhaupt die sogenannte Wassersteife rein mechanisch, ohne Zuhilfenahme amphimiktischer Innervationsverlegung erklärbar ist.

Diese Beobachtungen verschafften mir Gelegenheit, die Verhältnisse bei der prägenitalen Erziehung der Kinder gleichsam in der analytischen Nacherziehung mitzuerleben und eingehend zu studieren. Als letztes Motiv sowohl der urethralen Entleerungs- als auch der analen Zurückhaltungstendenz fand ich die Angst vor einem Schmerz; bei der Blasenentleerung die Angst vor der durch die Blasenfülle verursachten Spannung, bei der Darmentleerung die Angst vor dem Schmerz beim Passieren der Kotsäule, die die Wandung des Analringes dehnt und zerrt. Darum bedeutet für die Blase die Entleerung Lust, für den Darm Unlust.[1] Die erotische Verwendung dieser Funktionen erfordert ein relativ starkes Anwachsenlassen dieser Spannungen. Wirkliche Lust folgt der Blasenentleerung nur, wenn die Spannung der Blasenwand eine gewisse Höhe überschritten hatte; ebenso meldet sich der von Freud festgestellte erotische Lustnebengewinn bei der Darmentleerung nur dann, wenn die vor der Entleerung empfundene Unlust oder Spannung ein erheblicher war, wie überhaupt, meiner Ansicht nach, das spezifisch Erotische in der lustvollen Überwindung einer sich selbst verschafften organischen Schwierigkeit besteht.[2] Viele Neurotiker erweisen sich nun als Überängstliche, sie versagen sich aus Furcht vor dem dabei unausweichlichen Schmerz die Lust der analen und urethralen Erotik und es hat den Anschein, als ob das Aufbringen des Mutes zur prägenitalen Erotik unumgänglich wäre, ohne ihn kommt eine gut fundierte Genitalerotik nicht zustande. In der Analyse wird nun der anale und urethrale Abgewöhnungskampf wiederholt und diesmal zu einem gedeihlicheren Ende geführt, wobei natürlich vorerst gewisse Fähigkeiten und Gewohnheiten, die die gelungene Erledigung dieser Erziehungsphase vortäuschen, abgebaut werden müssen.

Doch nicht nur die physiologischen Folgeerscheinungen dieser Zurückhaltungsversuche sind bedeutsam, sondern auch das sich dabei ergebende assoziative Material. Die Identifizierung der Kinder mit ihren Eltern hat

1) Siehe auch D. Forsyths diesbezügliche Beobachtungen.

2) Genitaltheorie, S. 11.

eben eine prägenitale Vorstufe. Bevor das Kind sich genital mit den Eltern zu messen wagte, versucht es dies mit Hilfe der analen und urethralen Leistungen, wobei den Exkreten — ganz im Sinne der „Genitaltheorie" — die Kinderrolle, den Entleerungsorganen selbst aber die noch geschlechtlich undifferenzierte Rolle des Erzeugers zukommt.

Unser aktives Eingreifen, speziell bei der Darmaufgabe, läßt sich nach alledem auch so beschreiben, daß wir dabei gewisse Spannungen so weit steigern, bis der Schmerz der Zurückhaltung über die Angst vor der Entleerung überwiegt; bei den Urethralen handelt es sich eher um eine Art Angewöhnung und um das Ertragenlernen der Spannungen der Blasenwand. Selbstverständlich darf neben diesen physiologischen Momenten die elterliche Übertragungsrolle des Arztes nicht unberücksichtigt bleiben. Die ärztlichen Gebote und Verbote wiederholen gewissermaßen die autoritativen Befehle der bedeutsamen Persönlichkeiten der Kinderzeit, allerdings mit dem nicht unwesentlichen Unterschiede, daß in der Kindheit alles zur Abgewöhnung von den Lustnebengewinnen hinarbeitet, während wir in der Analyse die erste, zu gut gelungene Erziehung durch eine neue ersetzen, in der auch der Erotik ein ihr rechtmäßig zukommender Spielraum gewährt wird.[1]

Im Zusammenhang mit der Regelung der analen und urethralen Funktion kommt es in der Analyse gewöhnlich auch zur Revision gewisser Charakterzüge, die, wie es uns Freud zeigte, nur Ersatz-, Gärungs- und Sublimierungsprodukte jener organischen Triebanlagen sind. Die analytische Auffrischung der Analerotik geschieht auf Kosten des Analcharakters; der bisher ängstliche, geizige Patient wird allmählich, und zwar nicht nur mit seinen Exkreten, freigiebiger; der leicht entflammte Urethralcharakter, der auch psychisch keine Spannung ohne sofortige Entladung ertrug, wird zurückhaltender. Im allgemeinen kann man sagen, daß die bei diesen Maßnahmen gewonnene Überzeugung, daß man mehr

1) Die Ausdrücke „Gebot" und „Verbot" sind einigermaßen irreführend, sie geben zumindest nicht ganz genau die Art wieder, in der, meiner Ansicht nach, solche Maßnahmen angewendet werden sollen. Ich hätte sie lieber positive und negative Ratschläge nennen sollen und damit andeuten, daß es sich hier nicht um autoritative Befehle handelt, wie solche in der Kindererziehung üblich sind, sondern um Verhaltungsweisen, die der Patient im Einverständnis mit dem Arzte oder wenigstens im Vertrauen auf ihre schließliche Zweckmäßigkeit gleichsam experimentell sich gefallen läßt. Nichts liegt dem Psychoanalytiker ferner, als sich in der Rolle des allmächtigen Befehlshabers zu gefallen oder sich gar zu sadistischer Strenge hinreißen zu lassen. Letzteres hieße auf das Niveau der früheren Psychotherapie der Gewalt zurückzusinken. Nur selten kommt man in die Lage, die Fortsetzung der Kur von der Annahme unserer Ratschläge abhängig zu machen.

Unlust ertragen, ja, diese zu größerer erotischer Lustgewinnung verwenden kann, ein gewisses Gefühl der Freiheit und des Selbstvertrauens zu erwerben hilft, der dem Neurotiker so sehr mangelt; erst mit diesem Gefühle der Überlegenheit gehen Sexualstrebungen höherer, genitaler Natur einher; schließlich auch der Mut zur Auffrischung des Ödipuskonflikts und zur Überwindung der Kastrationsangst.

Am Ende einer durchgeführten Analyse erscheinen nämlich die neurotischen Stuhl- und Harnsymptome wohl nur zum Teile als Wiederholungstendenzen der Anpassungskämpfe zwischen den Entleerungstrieben und den ersten sozialen Forderungen. Als die eigentliche traumatische Kraft entpuppt sich vielmehr auch hier, wie in den Neurosen überhaupt, die Fluchttendenz vor dem Ödipuskonflikt und damit vor der Genitalität; die manifesten und latenten Äußerungen der Anal-, Urethral-, Oral- und sonstiger Erotik in der Neurose sind also zumeist sekundäre, das heißt regressive Ersatzbildungen der eigentlichen neurosogenen Momente, besonders der Kastrationsangst.

Bei der vorhin erwähnten analen und urethralen Identifizierung mit den Eltern scheint sich schon in der kindlichen Seele eine Art physiologische Vorstufe des Ichideals oder Über-Ichs zu etablieren. Nicht nur, daß das Kind seine diesbezüglichen Leistungen fortwährend mit denen der Erwachsenen vergleicht, sondern es errichtet in sich auch eine strenge Sphinktermoral, gegen die man sich nicht ohne schwere Selbstvorwürfe und Gewissensstrafen versündigen kann. Es ist gar nicht so unmöglich, daß diese halb noch physiologische Moral eine der wesentlichen Grundlagen der späteren, rein psychischen ist, gleichwie nach einer von mir geäußerten Vermutung der physiologische Akt des Riechens (vor dem Essen) Vorbild oder Vorstufe aller höheren intellektuellen Leistungen sein dürfte, bei denen es sich um einen Aufschub von Triebbefriedigungen handelt (Denken).

Es ist gar nicht ausgeschlossen, daß wir die biologische und psychologische Bedeutung der Sphinkteren bisher viel zu wenig würdigten. Ihr anatomischer Bau und ihre Funktionsweise scheint sie zur Erzeugung, Anhäufung und Abfuhr von Spannungen besonders geeignet zu machen; sie wirken eben nach Art von Schleusen, an den Aus- und Eingangsstellen der Körperhöhlen angebracht, und ihre wechselnde Innervationsstärke vermag eine unendliche Variation von Spannungs- und Entspannungsgefühlen zu vermitteln, indem sie die Zu- und Abströmung von Körperinhalten erleichtern oder erschweren. Bisher wurden diese Verhältnisse nur

vom Nützlichkeitsstandpunkte gewürdigt, während die lust- und unlustbereitende, besonders aber die erotische Wichtigkeit des Spieles der Sphinkteren ganz vernachlässigt blieb. Es ist leicht, die Verlegung der Innervationsquantitäten von einem Sphinkter auf den anderen oder auf mehrere zu konstatieren. Bei der Angst zum Beispiel meldet sich gewöhnlich auch starke Verengerung der Analöffnung, gewöhnlich gleichzeitig mit Entleerungstendenzen der Blase. Diese Kontraktion kann sich bei der Hysterie auf andere Organe verschieben, als Globus der Schlundmuskulatur, als Zuschnürung der Kehle (hysterische Aphonie), als Kontraktion des Pylorus, als Bildung atypischer Sphinkteren an beliebigen Stellen des Darmschlauches. Als Ausgangspunkt aller dieser Kämpfe läßt sich bei der Hysterie die Angst vor der entsprechenden Innervation der Genitalsphinkteren nachweisen, die sich beim Manne in Störungen der Potenz, bei der Frau auch in Menstruationsbeschwerden (Muttermundkontraktion) äußern kann. Auch von diesen Beobachtungen an den Sphinkteren führen Gedankenverbindungen zur Erklärung vieler neurotischer Symptome als Kastrations-, Geburtsangst (Rank), und zu der in ihrer Bedeutung noch nicht voll gewürdigten Gebärangst. Zur Messung der Stärke emotioneller Schwankungen, besonders der Angst, könnte man den Experimentalpsychologen, die Manometrie der Sphinkterspannung im Anus empfehlen, gleichwie die Berücksichtigung der Sphinkterwirkungen am Mund und in der Kehle unser Verständnis für die Physiologie und Pathologie des Atmens, des Sprechens und des Singens, besonders in ihren emotionellen Beziehungen, steigert. (S. Pfeifer, Forsyth.)[1]

In einzelnen Fällen, in denen die Retentionsübungen über ein gewisses Maß getrieben wurden, meldete sich, meist unter assoziativer Auffrischung infantiler Erlebnisse, große Angst, gelegentlich auch passagère Inkontinenz. Man kann dieses letztere Begleitsymptom der Angst als eine Art Panik auffassen, in der die Rücksicht auf die „Sphinktermoral" fallen gelassen wird und die Organe auf die Stufe der infantil-autochthonen Selbstbefriedigung zurückfallen.[2]

Auf das Überfließen der Spannungssteigerung von den anal-urogenitalen Höhlen auf den allgemeinen psychophysischen Tonus habe ich bereits hingedeutet. Die Träume eines Patienten während einer solchen Aktivitätsperiode zeigten mir recht deutlich, daß bei ihm das Sich-Recken sozusagen

1) S. auch meine Bemerkungen über das Stottern (Genitaltheorie, S. 12).

2) S. die plötzliche Einstellung jeder Sphinkterkontrolle bei übergroßer Angst, Schreck, beim Erhängen usw.

die Erektion des ganzen Körpers bedeutete, mit dem er an Stelle des mangelhaft erektilen Penis den Koitus mit der Mutter unbewußt phantasierte.

Diese neurotische Identifizierung des ganzen Körpers mit dem Genitale wird sich, wie ich glaube, in der Pathologie der Neurosen sowohl als der Organerkrankungen sehr bedeutsam erweisen. Professor Freud, als ich ihm dieses Beobachtungsmaterial vorlegte, faßte die hier versuchte Ansicht in knappster Formulierung in dem Satze zusammen, daß die Impotenten, denen der Mut zum Genitalverkehr fehlt, in ihrer (unbewußten) Phantasie den Koitus mit dem ganzen Leibe ausführen; vielleicht ist dies die Quelle jeder „Mutterleibsphantasie".

Einige weitere auffällige Beispiele dafür, in welcher Weise die Beeinflussung der Exkretionsvorgänge die Analyse fördern kann, mögen hier folgen. In einem Falle von fast unerträglichem neurotischem Jucken in der Analgegend, gefolgt von unwiderstehlicher analer und Mastdarmonanie, wollte das Symptom trotz langwieriger assoziativer Durchforschung nicht weichen. Erst nachdem eine recht lange fortgesetzte, willkürliche Stuhlzurückhaltung, und die damit zusammenhängenden Spannungsgefühle den Darm als unbewußtes Lustorgan ausgeschaltet hatten, machte sich die Tendenz bemerkbar, die Erotik aufs Genitale zu verlegen. — Ein Patient, der nur bei ganz entleerter Harnblase und auch dann nur unvollkommen den Beischlaf ausführen konnte, erreichte nach gelungenen Harnzurückhaltungsversuchen den Mut zu stärkeren und länger dauernden Erektionen, zugleich einen wesentlichen Fortschritt im analytischen Verständnis für seinen Zustand. Bei recht vielen Patienten (auch männlichen Geschlechtes) brachte die Stuhlverhaltung interessante Einblicke in die Gebärbedeutung des Stuhlabsetzens. Ein Patient, bei dem die gewöhnlich mit Gewalt erzwungene Stuhlentleerung auf Kosten der Genitalität Lustempfindungen mit Spermaabfluß verursachte, verzichtete auf dieses Symptom nach forcierter Retention mit schmerzlicher Entleerung.

Es ist schwer zu sagen, wann und in welchen Fällen der Versuch gemacht werden darf und soll; jedenfalls müssen wichtige Gründe zur Annahme vorliegen, daß eine Rückverlegung (oder der Zerfall) der Genitalerotik in ihre biologischen Vorstufen vorliegt, die die gefürchtete Kastrationsbedrohung die urprünglich ans Genitale geknüpft ist, auf die harmloseren, analen und urethralen Ausscheidungsfunktionen verschiebt. Die beschriebenen Maßnahmen verfolgen dabei den Zweck, die Verlegung aufs Genitale zu fördern.

Daß unbewußterweise große Libidomengen an die Darmfunktionen geknüpft sein können, zeigt unter anderem folgender Fall. Eine Patientin hat sonderbare Zustände mit „Ewigkeitsgefühlen", bei denen sie lange Zeit hindurch regungslos in sich gekehrt ruhen muß. Diese „Ewigkeit" war eigentlich die ewig auf sich warten lassende Darmentleerung, die nach der schmerzlichen Erfahrung der forcierten Stuhlzurückhaltung endlich vom unwiderstehlichen Drang nach Beendigung dieser Ewigkeit abgelöst wurde. Erst nachdem sich die Patientin diesen Orgasmus auf der analen Stufe gönnte, vermochte sie sich dem ihr bisher unzugänglichen Genitalorgasmus zu nähern. — Ein Patient mit unerhört starker Kastrationsbefürchtung gewöhnte es sich an, den Stuhl immer in einer einzigen Säule zu entleeren, unter phobischer Vermeidung ihrer Zerstücklung durch die Sphinkteren. Nebstdem hatte er die sonderbare Fähigkeit, auf eine mir anatomisch nicht ganz verständliche Weise eine passagère Einschnürung des Penis, etwa ein Zentimeter hinter der Glans, ohne äußere Hilfe zustande zu bringen; die Einschnürung meldete sich gewöhnlich bei der Stuhlentleerung. Erst die Rückverlegung der ganzen Erotik auf das Genitale behob allmählich die bei ihm bestehende Potenzlähmung und erst die Klarlegung des Ödipuskomplexes, die Überwindung der sexuellen Angst Vater und Mutter gegenüber brachte dauernde Besserung. In diesem wie in vielen ähnlichen Fällen hatten die plastisch geformten Kotmassen auch Kindsbedeutung. — Meine Schülerin V. Kovács in Budapest vermochte einen seit Kindheit bestehenden Gesichtsmuskel-Tic mit der latenten Onanietendenz und ihrer Verlegung auf den Darm zu erklären und mit Hilfe der Psychoanalyse und der Benützung gewisser Stuhlaufgaben dauernd zu heilen.

All dies trägt dazu bei, die Ansicht zu rechtfertigen, daß die „bioanalytische" Zerlegung der Genitalfunktion nicht nur theoretische Bedeutung hat, sondern auch unser therapeutisches Können zu fördern geeignet ist.

Zur Vervollständigung des hier Gesagten diene, daß die Aktivität in geeigneten Fällen nebst den Ausscheidungsfunktionen auch die Nahrungsaufnahme betreffen kann und daß der Verzicht auf gewisse Eß- und Trinkgenüsse in qualitativer und quantitativer Hinsicht sowie das Forcieren der Aufnahme bisher idiosynkratisch gemiedener Nahrungs- und Genußmittel den Triebhintergrund der Oralcharakterzüge aufdecken kann.

II

Zur Analyse einzelner Genitalgewohnheiten

Freud sagte uns in seinem Budapester Kongreßvortrage[1] ausdrücklich, daß er die Regel, die Analyse müsse in der Versagung durchgeführt werden, nicht im Sinne einer dauernden sexuellen Abstinenz während der Analyse verstanden haben will. In diesem Kapitel möchte ich aber unter anderem den Nachweis erbringen, daß es von verschiedentlichem Vorteil ist, wenn wir auch vor dieser letzten Konsequenz nicht zurückweichen. Das schlagendste theoretische Argument dafür schöpfe ich aus einer Arbeit Freuds,[2] in der er uns zeigt, daß nur zielgehemmte Sexualtriebe die dauernde Bindung der Massen an eine Autorität begünstigen, während die Befriedigung die Kraft dieser Bindungen immer wieder herabsetzt. Dasselbe gilt aber — wie ich vermute — für die „Massenbildung zu zweien", wie sie die analytische Situation zwischen Arzt und Patient zeitigt. Es war gleichfalls Freud, der uns schon vor langem sagte, daß habituelle Sexualbefriedigung das Kind unerziehbar mache, wahrscheinlich weil bei ihrer Zulassung der Narzißmus immer wieder ansteigt und das Kind von fremdem Einfluß unabhängig macht. Dasselbe gilt aber auch für jene Nacherziehung, die wir mit unserer Psychoanalyse anstreben. Die Erziehungsarbeit sowohl als auch die analytische muß gleichsam die Latenzzeit [die — wie ich es anzudeuten wagte — selbst eine Nachbildung urzeitlicher Entbehrungen, vielleicht der Eiszeiten ist] wiederholen und zu einem neuen, glücklicheren Abschluß bringen. Bei dieser Arbeit muß der Arzt die Rolle des Vaters, respektive des Urvaters übernehmen,[3] sie erfordert

1) Wege der psychoanalytischen Therapie. 1918. (Ges. Schriften, Bd. VI.)
2) Massenpsychologie und Ich-Analyse. (Ges. Schriften, Bd. VI.)
3) Daß dem Arzt gelegentlich auch die Mutterrolle zukommt, versteht sich von selbst.

anderenteils vom Analysierten eine Beeinflußbarkeit, die eine Art Regression zur Massenpsyche (Freud) zur Voraussetzung hat. Darf sich aber die Sexualspannung während der Analyse immer wieder durch Befriedigung entlasten, so fehlen die Bedingungen zum Zustandekommen der zur Übertragung nötigen psychologischen Situation. In diesem Lichte betrachtet, erscheinen die dem Lustprinzip zuwiderlaufenden Gebote und Verbote als Förderer der Übertragung. Der Analytiker wirkt auf den Patienten wie jener Befehlshaber, der niemanden liebt und den alle lieben und der durch das Verbot gewohnter Befriedigungsarten die Gefühlsbindung der Analysierten sichert, um den so gewonnenen Einfluß zur Aufhebung der Verdrängungen, schließlich auch zur Aufhebung der Bindung selbst zu verwerten.[1]

Die Notwendigkeit dessen, daß die Analyse mit der sexuellen Askese kombiniert wird, ergab sich aber nicht etwa nur spekulativ, sondern auch als die Folgerung aus schlechten Erfahrungen, die ich bei Nichterteilung des Abstinenzgebotes machte, oder in Fällen, in denen die Versuchung des Patienten zur Übertretung derselben zu groß war. Eine junge Frau mit akuter Melancholie, bei der ich mit Rücksicht auf die Suizidgefahr nicht wagte, den persönlichen Verkehr mit jenem Manne, mit dem sie ein unerlaubtes Verhältnis hatte, vollkommen zu verbieten, ließ sich von mir nur so lange beeinflussen, als ihr psychischer Zustand unerträglich war, entzog sich aber bald nachher meinem Einflusse und kehrte mit unbeendigter Analyse zum Liebhaber zurück. Eine andere junge Frau suchte bei mir wegen ihrer unglücklichen Liebe zu einem Arzte Hilfe, der sie zu gewissen sexuellen Praktiken mißbrauchte, ohne ihre zärtlichen Gefühle zu erwidern. Sie brachte ohne Schwierigkeit die Übertragung auf mich zustande, flüchtete aber aus der Analyse, wo ihr keine Befriedigung winkte, mehrere Male zu jenem wenig skrupulösen Kollegen zurück. Wiederholt nahm ich die reuig Wiederkehrende in Behandlung, doch wählte sie jedesmal beim Ansteigen des Widerstandes denselben Ausweg. Zuletzt blieb sie für längere Zeit aus, wahrscheinlich schämte sie sich ihrer Schwäche, und ich hörte nichts mehr von ihr, bis die Zeitungen die Nachricht von ihrer Selbstentleibung brachten. — Einen sehr interessanten Fall von Zwangsneurose mit normaler Übertragung und glattem Fortschritt verlor ich, weil ich der Patientin nicht energisch genug verboten hatte, sich mit

1) Dieses letztere Moment unterscheidet allerdings die psychische Situation des Analysierten von der Zugehörigkeit zu einer religiösen oder sonstigen Sekte, in der ja der Gehorsam gleichfalls durch Entbehrungen (Hunger, Schmerz, sexuelle Askese, Schlaflosigkeit) gesichert wird.

einem Herrn — der charakteristischerweise meinen Familiennamen trug — einzulassen. Ähnliche Erfahrung machte ich mit einer anderen Neurotischen, die Sommerferien zu einer solchen „Untreue" benutzte.

Man kann nicht umhin, aus dieser Beobachtungsreihe zwei Folgerungen zu ziehen, erstens die, daß man wenig Aussicht hat, jemanden von einer noch so unglücklichen Verliebtheit analytisch zu befreien, so lange noch reale Befriedigungsmöglichkeiten seitens des Liebesobjektes winken, zweitens daß es überhaupt nicht günstig ist, wenn sich die Patienten während der Analyse realen sexuellen Vergnügungen hingeben können. Selbstverständlich ist die Bedingung der sexuellen Askese bei Unverheirateten viel leichter zu erfüllen als bei Verheirateten; bei letzteren manchmal nur mit Hilfe zeitweiliger Entfernung aus der Familie.

Gerade bei verheirateten Neurotikern ist aber die Neuregelung der ehelichen Sexualbeziehungen in der Analyse meist unumgänglich. Männer von halber oder dreiviertel Potenz strengen sich in der Ehe oft zu sexuellen Leistungen an, die weit über ihre eigene Lust hinausgehen,[1] rächen sich dann an der Frau mit ihrer schlechten Laune oder sie produzieren oder verstärken neurotische Symptome. Aber auch von den anscheinend Hyperpotenten erweist es sich oft, daß sie mit ihren Leistungen nur ein Schwächegefühl kompensieren, ungefähr so wie ich es von der urethralen Überpotenz sagen konnte. Eine solche Gemütsverfassung ist für das Zustandekommen der Übertragung ungünstig, verdeckt aber auch den wirklichen Sachverhalt, sie muß also beseitigt werden, damit man in der Analyse weiterkommt. Zur Illustration diene folgendes charakteristische Beispiel: Ein seit seiner frühesten Jugend neurotischer Patient wurde vor seiner Ehe von einer Impotenz mit Hilfe urologischer Maßnahmen „geheilt". Diese Heilung bestand darin, daß er zwangsneurotisch wurde und bei Einhaltung einer Unzahl von Zeremonien den Beischlaf mit halbsteifem Gliede auszuführen und auch zwei Kinder zu zeugen im Stande war. Die erste Vorschrift, zu deren Einhaltung er nun in der Analyse angehalten wurde, war die der vollständigen Enthaltsamkeit, die auf den Zustand sichtlich beruhigend wirkte, und da in seinem Zeremoniell ein urethraler Akt (Harnentleerung unmittelbar vor der Immission) eine hervorragende Rolle spielte, wurde ihm nebstdem die Harnverhaltungsmaßregel aufgetragen. Selbstverständlich wurde inzwischen die Analyse der Zwangsimpulse und Gedanken fortgesetzt und bald war auch ein Zusammenhang zwischen

1) S. auch **Rank**: „Perversion und Neurose". Int. Zschr. f. PsA. VIII, 1922, S. 397.

den Zwangssymptomen und den gezwungenen, unbewußt gefürchteten Sexualbetätigungen festgestellt; der Zwang war auch hier, wie nach Freud immer, die Korrektur des Zweifels, dessen Motiv die gewöhnliche Kastrationsangst gewesen ist. Im weiteren Verlaufe der Kur bekam der Patient spontane Erektionen, er wurde aber dazu angehalten, auch diesem Drange nicht nachzugeben, und zwar weder seiner Frau noch anderen Frauen gegenüber. Eigentlich war dies nur die Ausdehnung der vorher erwähnten urethral-analen Zurückhaltungsübungen auch auf das genitale Gebiet. Auch hier mußte die Spannung über die sonst von der Angst gesetzte Grenze hinaus gesteigert werden, was nicht nur eine stärkere Aggressionslust im physiologischen Sinne zur Folge hatte, sondern auch den psychischen Mut, den unbewußten Phantasien energisch an den Leib zu rücken. So verquickte sich diese Analyse wie so viele andere erfolgreich mit einer Art sexueller Anagogie.

Einer solchen Anagogie scheinen übrigens nicht nur die Neurotiker bedürftig zu sein; so manche schlechte Ehe läßt sich durch sie verbessern, denn nichts schadet in der Ehe mehr als die Vorspiegelung von mehr Zärtlichkeit und besonders mehr Erotik als wirklich vorhanden ist, und die Unterdrückung von Haß und sonstigen Unlustregungen. Ein gelegentlicher zorniger Ausbruch und zeitweilige Abstinenz können bei der darauffolgenden Versöhnung Wunder wirken. Die unrichtige Einstellung in Sexualibus beginnt der Gatte oft schon in der Brautnacht, wo er der zu solchem Treiben gar nicht vorbereiteten jungen Frau seine starke Manneskraft in einer die Realität weit übersteigenden Weise vorführen zu müssen glaubt. Die Folge ist eine erotische Erkaltung schon während der Hochzeitsreise, mürrisches Wesen seiner — Verzweiflung darob ihrerseits. Dieses Übel kann sich aber auch chronisch ins Eheleben einnisten. Der Gatte empfindet dann die „ehelichen Pflichten“ als einen förmlichen Zwang, gegen den seine Libido gleichfalls mit zwanghaften polygamen Anwandlungen remonstriert. Die Enthaltsamkeitsregel kann auch in solchen Fällen helfen. Der Begattungsakt soll nämlich seinem Wesen nach nicht reiner Willensakt oder eine gewohnheitsmäßige Handlung sein, sondern gleichsam ein Fest, bei dem sich bisher zurückgehaltene Energien in archaischer Form austoben können.[1] Übrigens ergibt die psychoanalytische Untersuchung, daß hinter der Unlust zum Geschlechtsverkehr mit der Ehefrau zumeist die Angst vor der Ödipusrelation versteckt ist, die durch die Gleichstellung

1) S. Genitaltheorie. S. 58.

der Frau mit der Mutter zustande kommt. Paradoxerweise erfordert also die eheliche Treue zum eigenen Weibe mehr Potenz, als die noch so abenteuerreiche Polygamie. Der gar nicht so seltene schlechte Ausgang so vieler Liebesehen ließ sich durch das Nachlassen der Zärtlichkeit nach der überspannten Befriedigung erklären; die Ehehälften sehen sich in ihren Erwartungen getäuscht, die Männer haben etwa sogar den Eindruck, ins Ehenetz gelockt worden zu sein und zeitlebens als Sexualsklaven dienen zu müssen.

Die genitosexuelle Mehrleistung hat körperliche und psychische Störungen, besonders auch Depressionszustände zur Folge, die wir aus dem Symptomkomplexe der Neurasthenie kennen. Die analytische Beobachtung und Heilung dieser Symptome (unter anderem mit Zuhilfenahme der Abstinenzregel) ermöglichte es mir, wie ich glaube, etwas mehr von der Pathologie dieses analytisch noch vernachlässigten Zustandes zu erfahren. Was Freud in seinen ersten Arbeiten über Neurasthenie als ihre Ursache beschrieb, die „inadäquate Entlastung", erweist sich bei näherem Zusehen als ein ängstlicher Protest des körperlichen und psychischen Ich gegen die libidinöse Ausbeutung; demnach läge der Neurasthenie eine hypochondrische Ichangst zugrunde, ganz im Gegensatz zur Angstneurose, bei der die Angst aus gestauter Objektlibido hervorgeht. Die Neurastheniker werden bei ihren Onanie- und sonstigen Genitalbetätigungen auch nach der normalen Begattung sozusagen von „körperlichen Gewissensskrupeln" geplagt; sie haben die Empfindung, sich den Orgasmus gleichsam durch Abreißen einer unreifen Frucht, das heißt durch Befriedigung der noch nicht zum vollen Drange gediehenen Sexualspannung, auf Kosten der Ichfunktionen verschafft zu haben; dies könnte eine der Quellen der „Abreißsymbolik" der Onanie sein. Die Behandlung der Neurasthenie kann natürlich auch ein reine palliative sein (Einstellung der pathogenen Befriedigungsarten). Wesentlich unterstützt wird sie aber durch die analytische Aufdeckung der Motive der Onanieangst und durch die Überwindung dieser Angst im Laufe der Behandlung.

W. Reich (l. c.) hat vollkommen recht mit der Behauptung, daß man das Zustandekommen einer bisher ängstlich gemiedenen onanistischen Befriedigung nicht unbedingt zu verhindern braucht. Man möchte dem nur noch hinzufügen, daß, nachdem der Patient die Onanie zu ertragen gelernt hat, als zweite Behandlungsetappe das Erlernen des Ertragens stärkerer Sexualspannungen auch ohne Onanie, das heißt eine absolute Abstinenzperiode zu folgen hat. Erst in dieser kann der Patient den Auto-

erotismus voll überwinden und den Weg zu den normalen Sexualobjekten finden. In der Terminologie unserer Wissenschaft ausgedrückt, hieße das, die narzißtische Libidospannung zu einer Höhe anwachsen zu lassen, bei der die Entladung nicht mehr als Opfer, sondern als Erleichterung und Befriedigung gefühlt wird.

Ein wichtiger Nebenbefund schien mir bei diesen Neurastheniestudien, zu denen fast jede Neurose, auch jede Psychoneurose, Gelegenheit bietet, die Entlarvung der nächtlichen Pollutionen als gewollte, aber ob ihrer Bewußtseinsunfähigkeit in das Traumleben verbannte Onanieakte und Phantasien, die nicht selten auch durch das Einnehmen bestimmter Körperlagen unterstützt werden. Die Aufklärung über das Unbewußt-Gewollte dieser Befriedigungsart wird nach mehr-minder langem Widerstreben unter dem Druck des Beweismaterials akzeptiert und die Verantwortlichkeit auch auf diese Art der Selbstbefriedigung ausgedehnt, mit dem Erfolg, daß sie ungleich seltener wird oder ganz aufhört. Die Pollutionsträume sind ausnahmslos verkappte Inzestträume und gerade diese ihre Herkunft erklärt es, daß sie nicht als Wachonaniephantasien erlebt werden wollen. Man kann es also als Fortschritt begrüßen, wenn statt der Pollutionen die eigentlich weniger pathologischen Onanieakte sich melden, die man dann eine Zeitlang gewähren lassen darf, bevor die Vorschrift der vollständigen Abstinenz in Anwendung gebracht wird.

Auch die Angstneurose, die wir an der Wurzel jeder Angsthysterie und der meisten Konversionshysterien antreffen, kann palliativ oder kausal behandelt werden, — denn auch diese hängt eigentlich von zwei Faktoren ab: von der Quantität der gestauten Libido auf der einen, von der Empfindlichkeit gegenüber Libidostauungen auf der anderen Seite. Mit der Abstinenz sind nämlich, gleichwie mit der onanistischen Mehrausgabe an Libido, hypochondrische Angstvorstellungen und Angstgefühle verbunden. Der Samen wird von Neurasthenikern als der kostbarste Saft geschätzt, dessen Verlust die schwersten Zustände und Krankheiten zur Folge hat, während der Angstneurotiker von der gestauten Libido vergiftet zu werden oder einen Hirnschlag zu bekommen fürchtet. Die kausale Behandlung ist hier die Anwendung, ja, Verstärkung der Abstinenzregel trotz der Angst, unter fortwährender analytischer Zerlegung und allmählicher Beherrschung der Angst selbst und ihrer psychischen Abkömmlinge.

Sicherlich handelt es sich auch bei den Störungen der Ejakulation, wie sie sich als ejaculatio praecox bei der Neurasthenie, als ejaculatio retardata

bei der Angstneurose melden, um Störungen in der Funktion der Samenblasen und ihrer Sphinkteren in urethralem oder analem Sinne, was eine Kombination der genitalen mit der prägenitalen Abstinenz notwendig machen kann. Ein in der indischen Erotik bewanderter Mohammedaner erzählte mir, daß er und seine Landsleute den Koitus in infinitum ohne Ejakulation fortsetzen können, wenn die Frau während des Aktes mit den Fingern dauernd einen Druck auf die Dammgegend des Mannes ausübt und ihn so der Sorge um den Sphinkterschluß der Samenblasen enthebt.

Die verschiedenen Abstinenzmaßnahmen haben, wie schon angedeutet, nicht nur die Wirkung, daß die unterdrückte Innervation auf andere Körpergebiete verschoben wird, es gehen mit ihnen auch seelische Reaktionen einher, durch die manches bisher versteckt gebliebene unbewußte Material aufgescheucht wird. Von der Angstreaktion haben wir schon gesprochen; nicht minder ausgeprägt kommen aber häufig Anwandlungen von Wut- und Racheimpulsen, die sich selbstverständlich vorerst gegen den Analytiker richten, die aber dann leicht auf ihre infantilen Quellen zurückzuführen sind. Und gerade diese Reaktionsfreiheit unterscheidet die Gebote und Verbote in der analytischen Nacherziehung von jenen, die in der Kindheit erlebt wurden und später zur Neurose geführt haben. Mit dieser Aggression werden wir uns noch etwas eingehender beschäftigen müssen. Nicht zu verkennen ist ferner die Hebung der psychischen Leistungsfähigkeit unter dem Einflusse der Abstinenz, besonders aber bei der Einstellung der sexuellen „Überleistungen", als ob die ersparte Libido nicht nur den Tonus der Muskulatur,[1] sondern auch den des Denkorgans steigern würde, wie dies übrigens schon von Schopenhauer behauptet wurde. Beim Neurotiker stellt sich aber die Genuß- und Leistungsfähigkeit ohne Analyse nicht her, die Tonussteigerung dient hier nur dazu, das verdrängte psychische Material zu heben, und erst die weitere Sichtung derselben kann die Leistungsfähigkeit fördern. Wir wissen seit Freud, daß weder Askese noch Ausleben ohne Lösung der inneren Konflikte eine Neurose heilen kann.[2]

1) Erfahrene Landwirte beurteilen die Leistungsfähigkeit der Zuchtstiere nach dem Bestehen oder Fehlen der Tendenz „sich zu recken".

2) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Taschenausgabe S. 458. (Ges. Schriften, Bd. VII. S. 449.)

III

Über unbewußte Lustmordphantasien

Die Psychoanalyse der Fälle mit genito-sexueller Mehrleistung führte bei Anwendung der urethralen, analen und genitalen Versagungsmaßregel mit auffallender Regelmäßigkeit zur Aufdeckung heftiger aggressiver Regungen, zumeist von Regungen der Mordlust. Sie äußerten sich nicht selten in sadistischen Phantasien vom Erwürgen, Erstechen oder sonstiger vollständiger Überwältigung der Frau, gelegentlich verbunden mit der scherzhaften oder spielerischen Andeutung solcher Handlungen. Die Einfälle der Patienten gestatteten mir, festzustellen, daß diese meist nur unbewußt phantasierte Absicht der Ermordung der Frau vielfach determiniert ist. Vor allem dient sie der Rache wegen der der Frau zugemuteten Tendenz des „Samenraubes", sodann äußert sich in ihr die Angst vor der Kastration, die wegen des Geschlechtsverkehres seitens der väterlichen Autorität droht; dieser Teil der Mordlust wird also eigentlich vom Manne (Vater) auf die Frau (Mutter) übertragen. Andererseits gaben diese Fälle auch Anlaß zur Deutung der Angst (im Sinne Ranks) als Angst vor der mütterlichen Vagina (Vagina dentata — Geburtsangst). Ob und inwieweit letztere wirklich als traumatisches Moment, als Wiederholung des Geburtstraumas oder eher als Ausdrucksmittel der Kastrations- und Gebärangst aufzufassen ist, bleibe hier unentschieden, möglicherweise wirken beide Angstmomente in den einzelnen Fällen verschieden stark.

Jedenfalls konnte ich in einer Sitzung der Budapester Psychoanalytischen Vereinigung die kasuistische Mitteilung S. Pfeifers, die einen nekrophilen Traum auf Angst vor dem Koitus zurückführte, dahin verallgemeinern, daß dieses Motiv der sadistischen Impulse bei Neurotikern ein recht häufiges ist. Vielen Neurotikern erscheint der Koitus direkt oder in seinen Folgen unbewußterweise als ein ihr Leben oder ihren Körper,

besonders aber ihr Genitale gefährdender Akt, in dem sich also die Befriedigungslust mit großer Angst vergesellschaftet. Die Tötungsabsicht verfolgt, wenigstens zum Teile, den Zweck, das Angstmoment durch vorherige Unschädlichmachung des Liebesobjektes auszuschalten, um dann die Lust ohne Kastrationsangst ungestört zu genießen. In diesen Angriffsphantasien werden gegen das Weib vorerst äußere Waffen (Messer, Dolche oder minder geschonte Körperteile, besonders die Hand, beim Erwürgen) in Anwendung gebracht und erst dann der Koitus ausgeführt, das heißt der Penis als Waffe nur gegen ein harmlos gewordenes Objekt benützt. Die intime Verquickung aggressiver und libidinöser Akte im normalen Koitusakte erscheint hier gleichsam entmischt, in zwei gesonderten Aktionen. Im normalen Koitusakt des Nichtneurotischen überwiegt schließlich die innere Spannung, die zur Entladung drängt, über die Angst, aber Spuren davon dürften auch hier in jedem Falle nachweisbar sein, wie dies übrigens auch die von mir versuchte onto- und phylogenetische „Katastrophentheorie" des Koitus[1] voraussetzt.

Bei den Abstinenzversuchen zwingt man die Neurotiker zum Ertragen starker Spannungen, die schließlich die Angst vor dem Koitus überwinden. In einem Falle konnte ich besonders schön die Progression von der Lustmordphantasie zum Koitus in den Träumen verfolgen. Nach Träumen, in denen die Frau (Mutter) tot gemacht wurde, kamen solche von heftigen Kämpfen mit dem Manne (Arzt, Vater), die in Pollutionen endeten. Dann kamen aktiv homosexuelle Träume, das heißt die Kastration der Männer, und erst nachdem der Vater überwunden und mit ihm sozusagen das Maß der Gefährlichkeit überschritten war, kamen manifeste Koitusträume mit Frauenspersonen.[2]

Ich mußte nun diese Beobachtungen mit meiner allerdings nur spärlichen Erfahrung über die manifest *masochistische* Perversion in Zusammenhang bringen. Ich weiß es von einem sehr intelligenten jungen Manne, der an dieser Perversion litt, daß die Masochisten nur gewisse, individuell verschiedene Grade der Erniedrigung und des körperlichen Leidens wollüstig empfinden, zu denen sie den Partner oder die Partnerin förmlich abrichten; geht die Stärke der Beleidigung oder des Leidens über dieses Maß hinaus, so erkalten sie und werden der Leidenschaft wenigstens

1) S. Genitaltheorie. Kapitel 5 u. 6.

2) Die weitere Verfolgung dieses Gegenstandes könnte nicht nur zum Verständnis der kriminellen Lustmordtendenzen, sondern auch der gemeinen Mordimpulse beitragen.

jener Person gegenüber frei. Es ist, als ob das Strafbedürfnis, allgemeiner gesagt, das Leidensbedürfnis der Masochisten, dessen tiefere Quellen Freud in einer seiner letzten Arbeiten beleuchtet hat,[1] auch gewissen sozusagen praktischen Zielen dienen sollte, nicht unähnlich den von mir versuchten Experimenten, die bestrebt sind, die Fähigkeit zum Ertragen von Schmerzen über die Angstgrenze hinaus zu steigern, um dadurch das Aufbringen des zum Koitus erforderlichen Mutes zu fördern. Allerdings erreichen die Masochisten dieses Ziel nie: der Orgasmus knüpft sich bei ihnen an das Leiden selbst, während sie zur normalen Begattung gar nicht oder nur nach vorhergehenden Schmerzempfindungen fähig sind. Die der Algolagnie preisgegebenen Körperstellen sind fast immer extragenital, als handelte es sich auch hier darum, das Schmerz- und Angstmoment auf andere Körperstellen zu verschieben, um dem Genitale eine schmerz- und angstlose, sozusagen kastrationsfreie Befriedigung zu gewähren. Schön zeigte sich dies in dem Falle einer masochistischen Patientin, deren wollüstige Phantasien das Geschlagenwerden an den Nates zum Gegenstand hatten. Schon als Kind ersetzte sie die Genitalonanie durch die Analerotik, ließ sich aber gerne unmittelbar nach dem Stuhlabsetzen hinten schlagen. Ich glaube, daß ich in diesem Falle weiter gekommen wäre, hätte ich mit Hilfe der analen Retentionsübung die Rückverlegung der Erotik auf das Genitale und damit das Ertragenlernen der Kastrations-, Geburts- und Gebärphantasien gefördert.

Ein gemeinsames Motiv sowohl der sadistischen Mordlust als auch der masochistischen Lust am Leiden wäre demnach die psychische und physische Schmerzempfindlichkeit der Genitalregion und die daraus folgende Angst vor der normalen Sexualbetätigung. Die Entscheidung darüber, eine wie große Rolle dabei die unbewußte Identifizierung des ganzen Ich mit dem Genitale spielt,[2] bleibe weiteren Untersuchungen vorbehalten.

1) Das ökonomische Problem des Masochismus. (Ges. Schriften Bd. V.)
2) S. Genitaltheorie. S. 52.

IV

Gewohnheit und Symptom

Alles, was wir bisher als Urethral-, Anal- und Sexualgewohnheiten beschrieben, ließe sich auch als Symptom definieren, hinter dem die Analyse andere, verdrängte Tendenzen und Regungen aufdeckt. Eine sehr unvollkommene Aufzählung anderer, nicht unmittelbar um das Genitale herum gruppierter „Symptomgewohnheiten“ möge hier folgen.

Das Verhalten der Motilität des Patienten während der Analyse, auf das wir bereits hindeuteten, verdient eingehende Beachtung. Viele Patienten zeigen eine übermäßige Steifheit in allen Gliedern, die bei der Begrüßung oder beim Abschiednehmen zu katatonieartiger Starre anwachsen kann, ohne daß man darum gleich an Schizophrenie zu denken brauchte. Schreitet die Analyse fort, so mag mit der Lösung von psychischen Spannungen auch die körperliche schwinden; gelegentlich aber kommt man damit allein nicht aus und sieht sich veranlaßt, den Patienten auf sein Verhalten aufmerksam zu machen und ihn dadurch einigermaßen zu „mobilisieren“. Im Anschlusse daran kommt dann zumeist manches bisher Versteckte oder Unbewußte zur Sprache, besonders zärtliche und feindliche Tendenzen, die durch die Spannung gehemmt wurden, sowie Schwierigkeiten bei der sexuellen Entladung und Erektion. Man sieht dann auch den Händedruck der Patienten ungezwungener, ihre Haltung etwas mobiler werden, womit eine entsprechende psychische Einstellung parallel laufen mag.[1] Schon vor langer Zeit fesselten aber nebst diesen, gleichsam konstanten, auch gewisse „passagère“ Symptome meine Aufmerksamkeit[2] und auch das plötzliche Einstellen einer gewohnheitsmäßig wiederholten rhythmischen

---

1) Zur psychoanalyt. Technik. Int. Zeitschr. f. PsA. V. 1919. (vom Verf.)

2) Vgl. Über passagère Symptome während der Analyse, Zentralbl. f. PsA. II, 1912.

Bewegung mag in der Analyse als Zeichen einer unterdrückten Denkoperation gedeutet und als solche dem Patienten vorgehalten werden.[1]

Eine ungewohnte Geste während der Stunde mag sich als Zeichen unterdrückter Emotion entpuppen. Am bedeutsamsten für die Analyse sind aber die sogenannten „Unarten" und „schlechten Gewohnheiten" der Menschen, das Nagelbeißen, Nasenbohren, Sichkratzen, das Zupfen am Schnurrbart usw. Auf die Möglichkeit ihrer Entlarvung als Onanieäquivalente habe ich bereits anderwärts hingewiesen.[2] Jedenfalls tut man gut daran, auf sie zu achten und bei passender Gelegenheit den Rat zu ihrer Einstellung zu erteilen, nicht so sehr zum Zwecke der Abgewöhnung, als vielmehr in der Erwartung, daß durch die so geschaffene innere Spannungssteigerung unbewußtes Material aufgewühlt und analytisch verwertbar wird. Das hartnäckigste unter den passageren Symptomen, der tic convulsif, ist ohne diese Maßnahme weder unserem Verständnis noch der Beeinflussung zugänglich.

Als besonders charakteristisches Beispiel erwähne ich den Fall eines an schwerer narzißtischer Neurose Leidenden, der einerseits von der (eingebildeten) Idee der Verunstaltung seiner Nase geplagt war, andererseits fortwährend, besonders aber bei seelischer Erregung die heftigsten grimassierenden Zuckungen der Gesichtsmuskeln produzierte. Außerdem war bei ihm eine Unzahl manierierter Körperhaltungen und Bewegungen vorhanden, die er bei gewissen Anlässen als eine Art Zwangszermoniell einhalten mußte. Die Analyse dieser Zustände wurde wesentlich durch das strenge Untersagen auch der leisesten Andeutung seiner Tics während der Analysenstunde, später auch außer derselben, gefördert, allerdings gestaltete sich hiedurch die analytische Arbeit für Arzt und Patient recht anstrengend. Indem aber den inneren Spannungen statt des reflektorischen, sozusagen symbolischen, der Weg zur bewußt-psychischen Erledigung gewiesen wurde, bekam man Einsicht in den Zweck, resp. die Motivierung jeder einzelnen Bewegung. So entpuppten sich die Grimassen als eine Art unbewußte muskuläre Nasenkosmetik, die durch entsprechendes Pressen und Zerren der Nase ihre frühere ideale Form wiedergeben sollte; dabei

---

1) Es scheint eine gewisse Beziehung zwischen der Fähigkeit allgemeiner Entspannung der Muskulatur und der Fähigkeit zum freien Assoziieren zu bestehen. Gelegentlich verhalte ich die Patienten zu solcher Entspannung. S. auch „Denken und Muskelinnervation", vom Verf., Int. Zschr. f. PsA. V, 1919.

2) S. Über den Tic (Int. Zschr. f. PsA. VII, 1921); Techn. Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse (Zschr. V. 1919).

war diese Tendenz durch das Abschreckende der Gesichtsverzerrungen verdeckt. Auch die übrigen Manieren standen unbewußterweise im Dienste der Schönheitspflege.[1] Die weitere assoziative Durchforschung brachte Erinnerungen der Kindheit, aus denen wir erfuhren, daß alle diese Haltungen und Bewegungen seinerzeit bewußt und gewollt geübt und gepflegt wurden, während sich der Patient über ihren Sinn und Bedeutung später nur sehr unvollkommen Rechenschaft gab.

Nun ist aber diese letztere Beobachtung durchaus keine vereinzelte, ja, ich möchte mich getrauen, meinen Eindruck über die Genese der hysterischen und überhaupt der neurotischen Körpersymptome dahin zu präzisieren, daß vielleicht keines dieser Symptome ohne die Präexistenz der nämlichen Symptomäußerung als infantile „Gewohnheit" zustande kommen kann. Nicht umsonst bekämpfen die Pflegepersonen die sogenannten kindlichen Unarten, indem sie z. B. dem grimassierenden Kinde mit der Aussicht drohen, sein Gesicht würde „so bleiben". So bleibt es nun in den meisten Fällen wohl nicht, aber unter den Bedingungen neurosogener Konflikte können sich die unterdrückten infantilen Gewohnheiten dem Verdrängten als Symptommaterial zur Verfügung stellen. Wenn manches hysterische Symptom uns als eine Mehrleistung imponiert (z. B. isolierte Innervierung sonst nur symmetrisch beweglicher Augen- oder Kehlkopfmuskeln, des Platysma, Bewegung der Galea, Einflußnahme auf die gewöhnlich unwillkürlich ablaufenden Blutkreislauf-, Atmungs- und Darmbewegungsprozesse), so dürfen wir nicht vergessen, daß dem kindlichen Organismus auch bei den auto- oder organerotischen Spielereien noch Erregungswege offen stehen, die für den Erwachsenen ungangbar sind. Besteht doch die „Erziehung" nicht nur im Erlernen neuer, sondern nicht zum geringsten Teil auch im Verlernen solcher „übernormalen" Fähigkeiten. Die vergessene (oder verdrängte) Fähigkeit kann aber in der Neurose als Symptom wiederkehren.[2] Alle Zwangszeremonielle haben übrigens gleichfalls wenigstens eine ihrer Wurzeln in kindlichen Spielen und Veranstaltungen.

---

1) Dieses Beispiel ist übrigens eines unter vielen, die für die Richtigkeit meiner Annahme sprechen, daß der Tic in nächster Beziehung zu den narzißtischen Neurosen steht. Der Narzißmus war hier, wie so häufig, ein sekundärer, eine Rückverlegung der gefürchteten Genitalerotik auf den ganzen Körper, ja, auf das ganze psycho-physische Ich des Patienten.

2) Ein Neurotiker mit Darmstörungen erinnert sich, als Kind in spielerischer Absicht siebzigmal hintereinander lautvernehmlich Winde gelassen zu haben; ein anderer mit Atemstörungen pflegte im Alter von 3 bis 4 Jahren den Bauch an die Tischkante zu drücken, bis er einen Exspirationskrampf bekam.

Die sonderbare Behauptung so vieler Neurotiker am Ende der Kur, sie hätten die ganze für sie doch so quälende und ihre Leistungsfähigkeit fast vernichtende Krankheit nur „simuliert", wäre also nach alledem in dem Sinne teilweise richtig, daß sie als Erwachsene vielfach als Symptome äußern, was sie einstmals in der Kindheit gewollt und spielerisch produziert haben.

Die Psychoanalyse kann auch als ein fortwährendes Ankämpfen gegen Denkgewohnheiten aufgefaßt werden. Das freie Assoziieren z. B. erfordert die ununterbrochene Aufmerksamkeit des Arztes und des Patienten, damit letzterer nicht in die Gewohnheit des gerichteten Denkens zurückfällt. Wo man hingegen bemerkt, daß mit Hilfe der freien Assoziation vor peinlichen sinnvollen Zusammenhängen ausgewichen wird, muß der Patient zu Letzteren gedrängt werden.[1] Im Gegensatz hiezu stehen die Fälle, in denen hypochondrische oder querulierende Monotonie statt freier Assoziation die Stunden ausfüllt. Nachdem ich sie eine Weile habe gewähren lassen, mußte ich manchmal den Patienten beauftragen, statt der langwierigen Erzählung mir nur mit einer verabredeten Geste mitzuteilen, daß er sich wieder mit der uns schon wohlbekannten Idee beschäftigt. Unter diesen Bedingungen blieb ihm der bequeme Weg der Erleichterung versperrt und wurden die Hintergründe des Seelenzustandes eher zugänglich. In ähnlicher Weise kann man es versuchen, durch konsequentes Verbot des „Vorbeiredens" (Gansersches Symptom) die Patienten zum Zuendedenken peinlicher Gedankengänge zu bewegen, was nicht ohne Widerstand seitens der Analysierten zugeht.

1) S. „Mißbrauch der Assoziationsfreiheit." (Zur psychoanalyt. Technik, Int. Zschr. f. PsA., V, 1919.)

V

Zur Metapsychologie der Gewohnheiten im allgemeinen

„Die Gewohnheit wird zur zweiten Natur", in diesem Spruche der Volksweisheit ist wohl alles enthalten, was wir bisher über die Psychologie der Gewohnheiten wußten. Die Lehre von der „Bahnung" der Abflußwege der Erregung durch die Wiederholung besagt eigentlich nicht mehr als jener Satz, sie drückt dasselbe nur mit einem physiologischen Kunstworte aus. Freuds Trieblehre verhalf uns zum erstenmal zu einem Einblick in die psychische Motivierung der Neigung zur gewohnheitsmäßigen Wiederholung des früher Erlebten; sein „Wiederholungszwang" ist ein Abkömmling der Lebens- und Todestriebe, die alles Bestehende in eine frühere Gleichgewichtssituation zurückzuführen trachten. Jedenfalls ist mit der Wiederholung eine „Ersparnis an psychischem Aufwand" verknüpft, mit der verglichen das Suchen neuer Wege der Erledigung eine neue Anpassungsleistung, d. h. etwas verhältnismäßig Unlustvolleres wäre. Doch erst Freuds letztes Werk über „Das Ich und das Es" (1923) versetzt uns in die Lage, uns von der psychischen Topik der Vorgänge, die bei der An- und Abgewöhnung in Betracht kommen, eine Vorstellung zu bilden; die Dynamik und die Ökonomie dieser Prozesse war schon in der Trieblehre Freuds angedeutet. Die Sonderung des früher einheitlich gedachten Ich in ein eigentliches Ich, ein Über-Ich und ein Es erlaubt uns, wie ich glaube, die psychische Lokalität näher zu bezeichnen, an der gewollte Handlungen zu automatischen werden (Angewöhnung), andererseits automatisch gewordene einer Neuorientierung, überhaupt einer Änderung zugeführt werden können (Abgewöhnung). Jene Stelle des seelischen Apparates, in dem wir die Gewohnheitstendenzen aufgestapelt denken können, ist wohl das große Trieb- und Libidoreservoir des Es, während das Ich sich nur in Bewegung

setzt, wenn es einen neuen Störungsreiz zu beseitigen gilt, d. h. eben bei den Anpassungsleistungen. Das Ich wirkt hier demnach wie ein „Gelegenheitsapparat" im Sinne Bleulers. Jede Neuanpassung erfordert die Zuwendung der Aufmerksamkeit, eine Arbeitsleistung des Bewußtseins und der Wahrnehmungsfläche, während die Gewohnheiten im Unbewußten des Individuums deponiert sind. Eine Gewohnheit aneignen, hieße demnach eine vorgängige Ich- (Anpassungs-) leistung dem Es zu überantworten, während bei der Abgewöhnung umgekehrt eine vorher automatische Erledigungsart behufs neuer Verwendung von Es nochmals der Kompetenz des bewußten Ich überliefert wird.[1] Es ist klar, daß diese Auffassung Gewohnheiten und Triebe unter einen Hut bringt; die Berechtigung hiezu verschafft uns die Tatsache, daß auch die Triebe immer die Wiederherstellung eines früheren Zustandes anstreben, in diesem Sinne also auch nur „Gewohnheiten" sind, mögen sie direkt der Todesruhe zuführen oder dies auf dem Umwege der „süßen Gewohnheit des Seins" erreichen. Es ist aber vielleicht zweckmäßiger, die Gewohnheit, anstatt sie ganz mit dem Triebe zu identifizieren, als eine Art Übergang zwischen den Wahlhandlungen und den eigentlichen Trieben aufzuassen und den Ausdruck Trieb nur für jene sehr alten Gewohnheiten zu reservieren, die nicht im individuellen Leben erworben, sondern als fertige Erbschaft von den Vorfahren überliefert wurden. Die Gewohnheiten wären sozusagen die Kambiumschichte der Triebbildung, die Stellen, an denen die Umwandlung von Willenshandlungen in triebhaftes Tun auch heute noch stattfindet und der Untersuchung zugänglich ist. Die Motive einer Willenshandlung sind Wahrnehmungsakte, Reize, die die Wahrnehmungsfläche des Individuums treffen, die nach Freud allein die Zugänge zur Motilität behütet. Im Falle der Angewöhnung werden die Außenreize sozusagen introjiziert und wirken von innen heraus spontan oder bei geringfügigen Signalen aus der Außenwelt.

Insoferne nun die Psychoanalyse, wie wir vordem ausführten, eigentlich ein Kampf gegen die Gewohnheiten ist und darauf ausgeht, jene unzweckmäßigen gewohnheitsmäßigen Erledigungsarten der Konflikte, die wir Symptome nennen, durch eine neue, eine Realanpassung zu ersetzen, wird sie „jenes Werkzeug, welches dem Ich die fortschreitende Eroberung des Es ermöglichen soll". (Freud).

1) Das Gefühl der freien Willensentscheidung, des *liberum arbitrium*, haftet nur jenen Handlungen an, die nicht trieb- oder gewohnheitsmäßig als Reaktionen des Es, sondern als Ichleistungen zustande kommen.

Auch der dritten Ichkomponente, dem Über-Ich, kommen bei dem Vorgängen der An- und Abgewöhnung wichtige Funktionen zu. Gewiß würde die Annahme und das Aufgeben von Gewohnheiten nicht so bald gelingen, ginge ihnen nicht eine Identifizierung mit den erziehenden Mächten voraus, deren Beispiel dann als ständige Norm der Lebensführung im Innern aufgerichtet wird. Welche libidinösen Strebungen und welche massenpsychologischen Bindungen dabei in Betracht kommen, braucht hier nicht wiederholt zu werden. Die Art, in der der äußere Einfluß der erziehenden Mächte verinnerlicht wird, können wir aber gleichfalls als Beispiel für das Zustandekommen einer neuen Gewohnheit oder eines neuen Triebes betrachten. An diesem Punkte hängt das Problem der Triebbildung mit dem der Bildung dauerhafter mnemischer Eindrücke in der Psyche und in der organischen Materie überhaupt innig zusammen und es ist vielleicht förderlicher die Erinnerungsbildung mit Hilfe der Trieblehre zu erklären, als letztere in die Terminologie nicht näher charakterisierbaren „Mnemen" zu kleiden.[1]

Die Psychoanalyse bezweckt, unbewußt und automatisch gewordene Anteile des Es wieder unter die Botmäßigkeit des Ich zu bringen, das dann mit Hilfe seiner engen Beziehungen zu allen realen Mächten eine dem Realitätsprinzip besser entsprechende Neuregelung anbahnen kann. Die Verknüpfung des Bewußtseins mit dem unbewußten Es geschieht in der Analyse „durch Einschaltung vorbewußter Mittelglieder" (Freud). Nun ist das aber nur bezüglich des unbewußten Vorstellungsmaterials möglich; unbewußte innere Antriebe aber, die sich dort „wie Verdrängte gebärden", d. h. weder als Emotionen noch als Gefühle zum Bewußtsein gelangen, können durch Einschaltung solcher vorbewußter Glieder nicht zum Bewußtsein gebracht werden. Die unbewußten inneren Unlustempfindungen z. B. können „treibende Kräfte entfalten, ohne daß das Ich den Zwang bemerkt. Erst Widerstand gegen den Zwang, Auf-

1) Hier fügt sich auch das Problem der Vererbung organisch ein. „Die Erlebnisse des Ich" — sagt Freud in seinem „Das Ich und das Es" (S. 46) — „scheinen zunächst für die Erbschaft verloren zu gehen, wenn sie sich aber häufig und stark genug bei den generationsweise aufeinanderfolgenden Individuen wiederholen, setzen sie sich sozusagen in Erlebnisse des Es um, deren Eindruck durch Vererbung festgehalten wird." Die Betrachtungen über Angewöhnung im Laufe des Individuallebens zeigen uns, wie ich glaube, den Weg dieser Einverleibung nur etwas näher; die Vererbung der individuell erworbenen Eigenschaft mag dann durch Parallel-Induktion oder sonstwie das Keimplasma und damit die kommenden Generationen beeinflussen. (Siehe dazu auch Genitaltheorie S. 91.)

halten der Abfuhrreaktion macht dieses Andere sofort als Unlust bewußt." (Freud, Das Ich und das Es, S. 23.) In diesem Lichte betrachtet, erscheint die sogenannte „Aktivität", die gerade mit dem Aufhalten der Abfuhrreaktionen (Abstinenz, Versagung, Verbot lustvoller, Gebot unlustvoller Betätigungen) die inneren Bedürfnisspannungen steigert und dadurch auch bisher unbewußte Unlust zum Bewußtsein fortleitet, eine notwendige Ergänzung zur rein passiven Assoziationstechnik, die von der jeweiligen psychischen Oberfläche ausgehend die vorbewußte Besetzung unbewußten Vorstellungsmaterials anstrebt. Letzteres könnte man als „Analyse von oben" von der ersteren, die ich „Analyse von unten" nennen möchte, unterscheiden. Der Kampf gegen die „Gewohnheiten", insbesondere gegen die unbewußten und unbemerkten, larvierten Abfuhrmöglichkeiten der Libido ist dabei eines der wirksamsten Mittel zur Steigerung der inneren Spannungen.

VI
Einige technische Bemerkungen

Die Berücksichtigung des bisher Gesagten gestattet uns, an frühere, von theoretischen Erwartungsvorstellungen noch ganz freie Versuche einer „aktiven" Förderung der Technik anzuknüpfen, sie stellenweise abzurunden, gelegentlich zu korrigieren.

Wenn unsere Auffassung von der Doppelrichtung der Analyse richtig ist, erhebt sich sofort die Frage, wie sich beide zueinander verhalten, wann hat z. B. „die Analyse von unten" einzusetzen, wie lange ist sie fortzuführen usw. Genaue Antworten können wir auf diese Fragen nicht geben, so daß sowohl was wissenschaftliche Durchsichtigkeit als auch was die Genauigkeit der Vorschriften zu ihrer Anwendung anbelangt, die Analyse von oben immer noch als die klassische genannt zu werden verdient. Immerhin glaube ich insbesondere an den Beispielen der urethroanalen und genitalen Beeinflussung der Analysierten wenigstens die Art gezeigt zu haben, in der die aktive Technik die nichtaktive fördern kann, ich denke auch, daß die soeben geführte kurze theoretische Erörterung zum Verständnis dieser Wirkung einiges beigetragen hat. Nun möchte ich zur Ergänzung einige Bemerkungen anführen, die sich mir im Laufe der praktischen analytischen Arbeit zu diesem Thema aufdrängten.

Solange die bestehenden inneren Spannungen allein hinreichen, das zur Fortführung der Analyse erforderliche Material zutage zu fördern, braucht man nicht für die künstliche Steigerung der Spannung zu sorgen und unser ganzes Augenmerk mag auf die analytische Zerlegung des spontan Gelieferten gerichtet sein. Wie sich diese Arbeit ungefähr gestaltet, wurde in den technischen Arbeiten Freuds auseinandergesetzt. Wenn es sich aber der Patient auf einer gewissen Stufe der analytischen Entwicklung sozusagen bequem macht, wird man wohl ohne eine gewisse Aktivität nicht auskommen,

deren Erfolg dann wieder das zwanglose Produzieren spontaner Einfälle sein kann. Durch dieses Wechselspiel emotioneller und intellektueller Perioden gestaltet sich manche Analyse sehr anregend; man muß dabei wieder einmal das Gleichnis vom Tunnelbohren heranziehen, mit dem Unterschied, daß hier oft abwechselnd von der einen oder der anderen Seite gearbeitet werden muß.

Entsprechend der Hauptregel der Aktivität (der Versagung) soll man Vorschlägen, die vom Patienten selber ausgehen, nicht ohne weiteres zustimmen. Abgesehen davon, daß man natürlich vorerst mit der stereotypen Frage zu antworten hat, was dem Patienten zu seinen Vorschlägen einfällt, wird man gut tun, dem Patienten zu raten, sich des Vorgeschlagenen zunächst zu enthalten oder gar das Gegenteil dessen zu tun. Jedenfalls hat man so mehr Aussicht, die psychische Motivierung aufzudecken, als wenn man den Patienten gewohnheitsmäßig den ihm bequemeren Weg gehen läßt. Es wirkt z. B. frappant, wenn der Patient in der analytischen Situation, wie es ihm im Leben so oft gelang, einen Konflikt heraufbeschwören möchte und statt dessen vom Arzte mit voller Nachgiebigkeit behandelt wird. In solchen Fällen besteht die Versagung darin, daß man dem Patienten die Möglichkeit zu gewissen Affektentladungen durch Nachgiebigkeit erschwert. Im Gegensatz hiezu erfordert die Behandlung stark verzärtelter und empfindlicher Naturen, die die Freundlichkeit des Arztes auf alle mögliche Weise zu erpressen trachten, eine gewisse Strenge, zumindest kühle Objektivität. Selbstverständlich darf aber diese Behandlung „wider den Strich" erst einsetzen, wenn die Bindung des Patienten an die Analyse tragfähig geworden ist.

Im allgemeinen tut man gut, ganz am Beginne der Analyse sich längere Zeit hindurch rein auf den beobachtenden Standpunkt zu stellen und die Gebarung des Patienten im gewohnten Milieu unter den wechselnden Verhältnissen des Alltags zu studieren. Erst allmählich darf man dem Patienten Deutungen und analytische Aufklärungen geben und erst später kommt man gelegentlich in die Lage, zwecks Förderung der analytischen Arbeit Verhaltungsmaßregeln vorzuschreiben. In erster Linie handelt es sich natürlich um eine Einflußnahme auf das Verhältnis zu den nächsten Familienangehörigen, zu Freunden, Kollegen und Vorgesetzten, dann auch um Vorschläge in Bezug auf die verschiedenen eigenen Gewohnheiten, auf die Lebensweise, wobei man sein Augenmerk auch auf kleinliche Einzelheiten der diätetischen, Schlaf-, Ankleide- und Auskleidegewohnheiten usw., insbesondere auf die physischen Befriedigungsarten zu richten hat. Die zeitweilige Aussetzung leidenschaftlich betriebener Lektüre,

künstlerischer Vergnügungen, ist manchmal nicht zu vermeiden. In gewissen Fällen muß man sich dazu entschließen, den Patienten für kürzere oder längere Zeit seinem gewohnten Milieu zu entziehen, doch ist es vorteilhaft, wenn die Analye in dem gewohnten Milieu endet, in dem ja schließlich die in der Analyse erworbene Fähigkeit zu veränderter Einstellung zur Geltung kommen soll. Es ist auch zweckmäßig, Personen, die sich der Analyse nicht in ihrem Wohnorte unterziehen, zeitweise nach Hause zu schicken, gleichsam um zu sehen, wie sie mit ihrer neuen Psyche auf die alte Umgebung reagieren.

Am schwierigsten gestaltet sich in jedem Falle die technische Beherrschung der Übertragung, an der sich ja bekanntlich der entscheidende Kampf zwischen dem Arzt und dem Patienten, oder besser gesagt, zwischen Gesundheit und Krankheit abspielt. Unendliche Geduld seitens des Arztes muß da der treibenden Ungeduld des Patienten entgegengestellt werden; das passive Dulden hat in solchen Fällen den Wert eines besonders wirksamen aktiven Eingriffes.[1] Wenn z. B. bei stürmischer Liebesübertragung die objektive Kühle des Arztes vom Patienten mit eisiger Kälte beantwortet wird, kostet es oft Wochen, ja, ein bis zwei Monate beschwerlichen „Durcharbeitens", bis es gelingt, dem Patienten zu beweisen, daß im Unbewußten die positiven Gefühle trotz der Nichterwiderung fortleben. Die Anerkennung dieser Tatsache bedeutet oft einen großen Fortschritt in der Analyse, zugleich einen Fortschritt in der Charakterentwicklung des Patienten, der irgendwann in der Kindheit im Hassen und Schmollen stecken blieb; die diesbezüglichen Kindheitserinnerungen können auch nach solchem analytischen Erlebnis leichter auftauchen und rekonstruiert werden.[2]

Wie soll man sich der impulsiven Zärtlichkeit der Patienten gegenüber verhalten? Auch über diese oft nicht geringe Schwierigkeit kann uns die Versagungsregel hinweghelfen. So lange sich ein Patient im Widerstand befindet, müssen wir selbst, wie soeben auseinandergesetzt, die Aufmerksamkeit auf die unbewußten zärtlichen Regungen hinlenken; es mag ihnen vorerst allerdings eine gewisse Schonzeit gegönnt sein, bis sie sich voll entfalten. Es ist nicht ratsam, wie das bei einfach suggestiven und hypnotischen Behandlungsmethoden oft der Fall ist, den Wünschen der Patienten nach

1) Zur psychoanalytischen Technik. (Int. Zschr. f. PsA. V. 1919, vom Verf.)

2) S. hiezu Ferenczi-Rank: „Entwicklungsziele der Psychoanalyse". (Neue Arb. z. ärztl. PsA. Nr. I, 1924, S. 23.) Wiederholung der unerwiderten Ödipusliebe in der analytischen Situation.

Zärtlichkeit und Schmeichelei einfach entgegen zu kommen; die Übertragungsliebe darf nur einseitig sein. Sobald die bisher verdrängten Gefühlsregungen Wunsch- oder gar Zwangscharakter angenommen haben. muß die Versagung wieder einsetzen.

Alles, was ich als Aktivität bezeichnet habe, bezieht sich auf die Tätigkeit und auf das Verhalten des Patienten; nur er ist also unter Umständen „aktiv" und nicht der Arzt. Man kann es aber nicht leugnen, daß es Ausnahmsfälle gibt, in denen man die gewöhnlichen Erziehungsmittel der Freundlichkeit und der Strenge anwenden muß, merkwürdigerweise seltener bei den echten Neurosen, als bei wirklichen Psychopathen oder Psychotikern, dann auch bei Leuten, die nicht wegen neurotischen und psychotischen Symptomen, sondern wegen Abnormitäten des Charakters in Behandlung stehen, wohl auch bei der Analyse von „Gesunden". Charakteranalysen können sich beinahe so schwierig gestalten wie die Analysen von Psychosen, da ja doch Charaktereigenschaften, mit denen sich das Ich einverstanden fühlt, wie Symptome ohne Krankheitseinsicht sind, jedenfalls rührt ihre Behandlung am Narzißmus des Patienten. Charaktereigenschaften sind gleichsam „Privatpsychosen" und darum sind wohl paradoxerweise Gesunde analytisch schwerer zu „heilen", als beispielsweise Übertragungsneurotiker. Bei einem psychopathischen Narzißten, der mit Neigung zu katatonischer Steifheit und Mutazismus behaftet war, löste sich die Spannung, nachdem ich ihm erlaubte, mir einen Schlag zu versetzen. Ich glaube hiedurch einer vielleicht gefährlichen Impulshandlung zuvorgekommen zu sein. Bei einem mit ungeheuren Angstzuständen kämpfenden Psychopathen war es unvermeidlich und wirkte angstlösend, als er es über sich brachte, seine infantil gebliebenen Genitalien von mir ärztlich besichtigen zu lassen.

Mit den Kunstworten der Ich-Analyse ließe sich der Hergang der Analyse auch so beschreiben, daß dabei auf assoziativem Wege oder durch Spannungssteigerungen bald verdrängte Regungen des Es unter Bekämpfung von Ichwiderständen zur Entfaltung gebracht, bald sich allzu stark vordrängende Bestrebungen des Es (oft gerade jene Regungen, die eben erst zur Entfaltung gekommen sind) unter Heranziehung starker Ichkräfte an der Entladung gehindert werden. Das dabei anzustrebende Resultat ist die Entwicklung zu einer Persönlichkeit mit starken Trieben, aber auch mit starker Kraft, sie zu beherrschen. Der ideale Fall eines gut erzogenen oder gut analysierten Menschen wäre ein Mensch, der seine Leidenschaften nicht verdrängt, ihnen aber auch nicht sklavisch gehorchen muß.

Auf die Frage, bei welchen Neurosenformen man die Methode der Spannungssteigerungen und der Bekämpfung von Gewohnheiten anwenden soll, könnte ich keine einheitliche Antwort geben. Bei der Hysterie treten Emotionen und körperliche Reizsymptome auch spontan derart in den Vordergrund, daß man sie nicht künstlich zu provozieren braucht, allerdings können geeignete Maßnahmen die Rückverlegung des Reizes aufs Genitale auch hier beschleunigen. Bei der Zwangsneurose trachtet der Patient, seiner Gewohnheit nach, die ganze Analyse auf das intellektuelle Gebiet zu verschieben und die Assoziation als Mittel zum Grübelzwang zu mißbrauchen. Es wird sich wohl keine Zwangsneurosenbehandlung beendigen lassen, bevor es uns nicht gelingt, gewöhnlich auch mit Hilfe aktiver Vorschriften, den Kampf auf das Gebiet der Emotionen zu verlegen, d. h. den Zwangsneurotiker vorübergehend hysterisch zu machen. In einem der Schizophrenie nahestehenden Falle mit Gesichtshalluzinationen veränderte sich unter der sehr aktiven Analyse das Symptombild zunächst so, daß eine vor der Psychose bestandene Grübelsucht die paraphrenischen Symptome ablöste. Im weiteren Fortschreiten der Kur kamen der Reihe nach konversionshysterische, dann angsthysterische Zeichen zum Vorschein (typische Phobien) und erst von hier aus wurde die libidinöse Grundlage des Leidens analytisch zugänglich. Es war, als ob die Krankheit sich schrittweise vor der analytischen Umstellung zurückgezogen hätte, doch nicht ohne bei jeder Fixierungsstelle halt zu machen und der Therapie in neu befestigter Stellung mit erneutem Widerstand entgegenzutreten. Diese Beobachtungen und ähnliche mehr überzeugten mich, daß die „Analyse von unten“ nicht nur als Hilfsmittel der analytischen Technik brauchbar, sondern auch für die Theorie förderlich ist. Sie leuchtet oft scharf in die Struktur der Neurosen ein und gibt uns eine Ahnung von dem, was ich „Schwanken in der Neurosenwahl“ nennen möchte.

VII

Die Entwöhnung von der Psychoanalyse

Freud lehrte uns, daß die Psychoanalyse im Laufe der Kur selber zur Gewohnheit, ja, zum Symptom eines Zustandes, eine Art Neurose wird, die der Behandlung bedarf. Über die Art dieser Behandlung hat er uns aber bisher nicht viel mitgeteilt. Sich selbst überlassen, will dieses „Leiden", wie es scheint, nur langsam heilen. Wenn die äußeren Verhältnisse nicht ganz außergewöhnlich stark drängen, so hat der Patient kein Motiv, die ihm vielfach zusagende Situation des Analysiertseins zu beenden. Denn obzwar, wie wir sahen, diese Behandlung eigentlich aus einer langen Reihe von Entsagungen, Versagungen, Geboten und Verboten besteht, bietet sie dem Patienten in der Übertragungssituation immerhin eine Neuauflage der glückseligen Kindheit, dazu noch eine vorteilhaftere Neuauflage. Es wird viel feinfühliger und freundschaftlicher, besonders aber verständnisvoller in das Gefühls- und Geistesleben des Kranken eingedrungen, als es bei der ursprünglichen Erziehung jemals geschehen konnte. Dies mochte die Veranlassung dazu sein, daß Freud in einem von ihm ausführlich mitgeteilten Falle[1] dem Patienten einen Termin stellte, bis zu dem die Analyse beendigt sein mußte. Die Reaktion auf diese sehr energisch aktive Maßnahme war eine äußerst intensive und brachte Bestätigungen zur Lösung der äußerst komplizierten infantilen Vorgeschichte. Nach der Ansicht Ranks, dem ich beipflichtete, ist diese „Entwöhnungsperiode" eine der wichtigsten und bedeutsamsten der ganzen Kur.[2] Ich kann hier neuerlich bestätigen daß die Erfolge, die man diesem therapeutischen Hilfsmittel, wenn im geeigneten Zeitpunkte erteilt, verdanken kann, hervorragende

1) Zur Geschichte einer infantilen Neurose (Ges. Schriften Bd. VIII).
2) Ferenczi-Rank, Entwicklungsziele (Neue Arb. z. ärztl. PsA. Nr. I) 1924.

sind. Um den Unterschied zwischen dieser Art Entwöhnung und meiner bis dahin geübten Praxis zu charakterisieren, muß ich auf das Gleichnis Freuds hinweisen, das er zwischen der Analyse und dem Schachspiel aufstellte. Früher wartete ich darauf, daß der Patient das Spiel als hoffnungslos aufgebe. Züge und Gegenzüge wiederholten sich, bis irgend ein äußeres Ereignis dem Patienten die Zuwendung an die Außenwelt erleichterte; die Termingebung aber ist als eine endgültige Absage, eine Art Schachmatt gedacht, in das der Patient gedrängt wird, nachdem man ihm vorher analytisch alle Rückzugswege mit einziger Ausnahme des Gesundwerdens abgesperrt hat.

Nun, das klingt alles sehr erfreulich, würde sich nur nicht allsogleich eine ganz Reihe von schwierigen Fragen erheben, auf die man Antwort geben muß, bevor man die Termingebung als allgemein anzuwendende Methode annimmt. Gibt es sichere Zeichen dafür, daß der Patient zur Ablösung reif ist, und wenn ja, welche sind sie? Was ist zu tun, wenn man sich geirrt hat und der Patient, anstatt gesund zu werden, bei der Kündigung einen bisher unbeachteten Rückzugsweg in die Neurose einschlägt? Gilt die Regel der Termingebung tatsächlich für alle Fälle ohne Ausnahme?

Schon die Beantwortung der ersten Frage ist keine vollbefriedigende. Man kann nur sagen, daß natürlich vor allem der Arzt selbst die ganze Struktur des Falles durchschaut, die Symptome in eine verständnisvolle Einheit geordnet haben muß. Aber auch der Patient soll bereits diese Zusammenhänge intellektuell verarbeitet haben und nur mehr durch die Übertragungswiderstände an der Überzeugung gehindert sein. Als feine Andeutungen des Gesundwerdens kam man die bereits erwähnten Äußerungen hinnehmen, in denen der Patient davon faselt, eigentlich nie krank gewesen zu sein, immer simuliert zu haben usw. Nimmt man ihn beim Worte und sagt man ihm in aller Freundlichkeit, daß er der Analyse nur mehr wenige Wochen lang bedarf, so wird er natürlich erschrecken und sagen, daß er nur gescherzt hätte. Er wird auch, soferne er es imstande ist, eine kleine Rezidive der Symptome produzieren. Wenn wir uns dadurch nicht irremachen lassen und am gegebenen Termin festhalten, kann der Ablösungsversuch in vielen, wenn auch nicht in allen Fällen vom erwarteten Erfolge gekrönt sein.

Ein Irrtum in Bezug auf die Zeitgemäßheit der Kündigung ist, wie gesagt, nicht ausgeschlossen und kann recht unangenehme Folgen nach sich ziehen. Vor allem verwirkt man dadurch das Vertrauen des Patienten

und verdirbt seine Reaktion auf eine spätere Wiederholung der Terminstellung. Es bleibt einem da nichts anderes übrig als das Eingestehen dieses Irrtums, wie denn wir Analytiker überhaupt nicht so sorgfältig unsere ärztliche Unfehlbarkeit wahren müssen. Erspart bleibt uns die Terminstellung und die damit zusammenhängende Schwierigkeit in den Fällen, in denen der Termin nicht von uns, sondern von den Verhältnissen diktiert wird. Wenn aber nur irgend möglich, werden wir uns um die äußeren Verhältnisse nicht kümmern und den Termin uns nicht von den oft nur als Widerstand vorgeschobenen äußeren Verhältnissen des Kranken aufzwingen lassen. Keinesfalls darf man natürlich den Termin stellen, wenn dies vom Patienten gefordert wird; seine Ungeduld sei eher das Motiv zum geduldigen Ausharren unsererseits. Die Fälle solcher Forderungen dürften sich natürlich mit der Zeit, wenn die Existenz der Kündigungsregel in weiteren Kreisen bekannt sein wird, häufen und als Mittel des Widerstandes öfter verwendet werden.[1]

In einzelnen Fällen sieht man sich veranlaßt, vor der eigentlichen Termingebung eine Anspielung auf die Möglichkeit des nahen Endes fallen zu lassen. Schon dies mag heftige Reaktionen hervorrufen, was zur Erleichterung der Reaktion auf die später folgenden genauen Zeitangaben beitragen kann; also sozusagen eine zweizeitige Kündigung. (Die Kündigungsfrist betrug meist nur Wochen, in gewissen Fällen 2—3 Monate.)

Wenn ich die Erfahrungen, die ich seit dem Herbst 1922 mit der Termingebung machte, objektiv zusammenfasse, muß ich nach wie vor bestätigen, daß diese Maßnahme in vielen Fällen ein wirksames Mittel der Beschleunigung der Ablösung vom Arzte sein kann; von ihrer ausnahmslosen Anwendung, wie ich sie mit Rank versuchte, mußte ich aber zurückkommen. In mehreren Fällen mußte ich den Patienten, der anscheinend geheilt entlassen wurde, neuerlich in Behandlung nehmen, um gewisse unerledigt gebliebene Momente nachzuholen. Selbstverständlich hütete ich mich diesmal, neuerlich einen Termin zu stellen, und wartete bis die Aussichtslosigkeit der realen Befriedigungen in der analytischen Situation und die Anziehung der äußeren Wirklichkeit den Sieg über die allmählich entwertete Übertragung davontrug.

Gegen das Ende der Kur, aber auch schon mitten in der Analyse kamen recht häufig Träume und passagère Symptome zur Zergliederung,

1) Nicht zu umgehen ist diese Widerstandsform bei Lehranalysen, wo der Analysand meist die Kenntnis aller technischen Kunstgriffe mitbringt.

die als Geburtsphantasien im Sinne Ranks („Das Trauma der Geburt", Internat. Psychoanalyt. Bibl. Bd. XIV, 1924) gedeutet werden mußten. Die von Rank betonte technische Förderung der Analysen durch eine Art Wiedererleben der Geburt in der Übertragung konnte ich ahnen, aber nicht genau nachprüfen, da zu diesem Versuch die Mitteilungen Ranks zu wenig Handhabe boten. Jedenfalls war es sein Verdienst, auf die Existenz der unbewußten Geburtsphantasie hingewiesen zu haben, die nebst der Mutterleibsphantasie unsere Beachtung erfordert. Ob es sich dabei, wie Rank glaubt, nur um Reminiszenzen an das „Trauma der Geburt" handelt oder, wie ich es eher vermute, um eine phantastische Regression vom Ödipuskonflikt zum glücklich überwundenen, daher relativ weniger unlustbetonten Geburtserlebnis, mögen weitere Untersuchungen entscheiden.

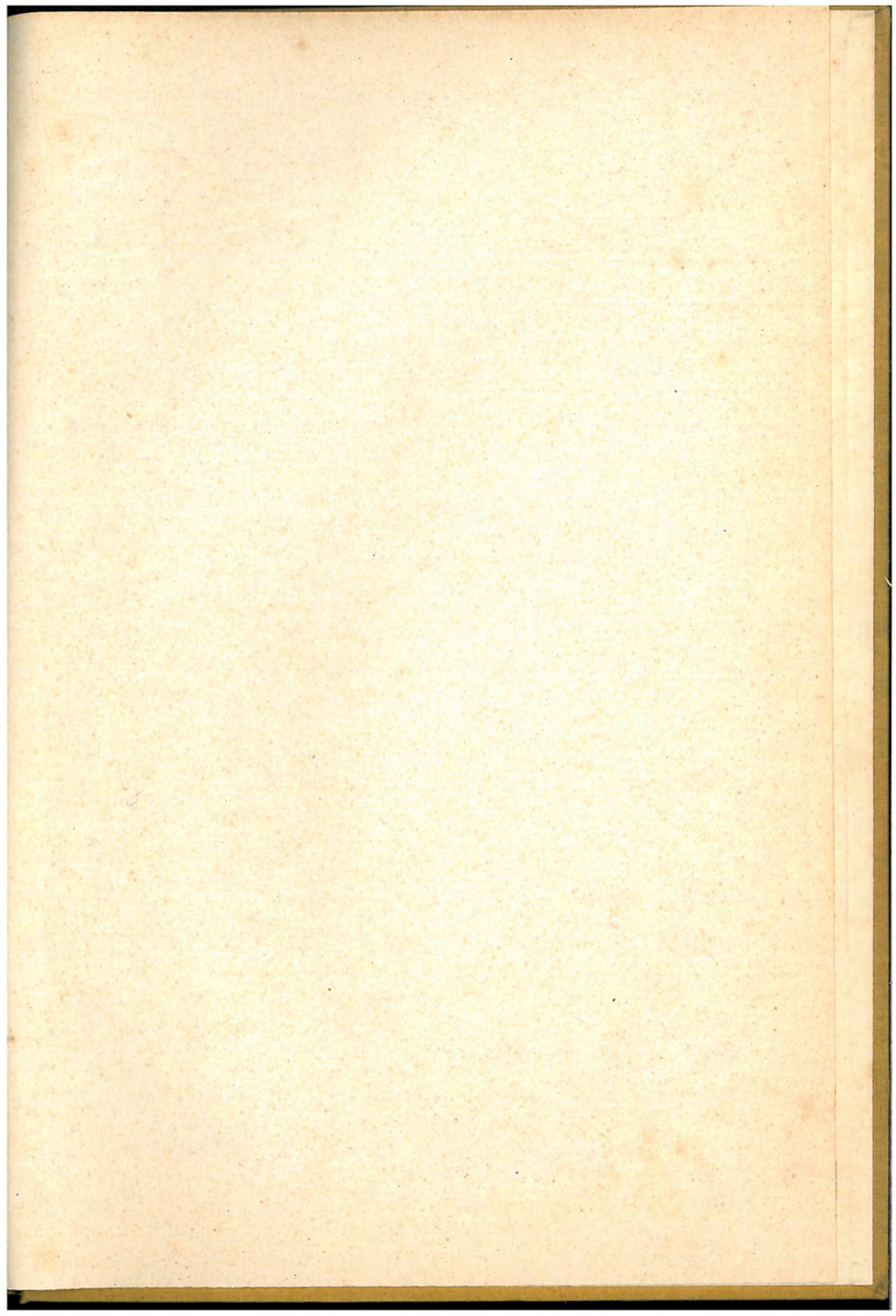
Bei der Frage der Beendigung der Kur müssen wir schließlich Freuds Mahnung beherzigen, daß man als Analytiker nicht die Ambition haben darf, den Patienten die eigenen Ideale aufzudrängen. Sieht man also, daß das Ich des Patienten die Leidenschaften (das Es) den Forderungen seines Über-Ichs und den Notwendigkeiten der Realität bereits anpassen kann, so ist es an der Zeit, ihn selbständig zu machen und seine weitere Erziehung dem Schicksale zu überlassen.

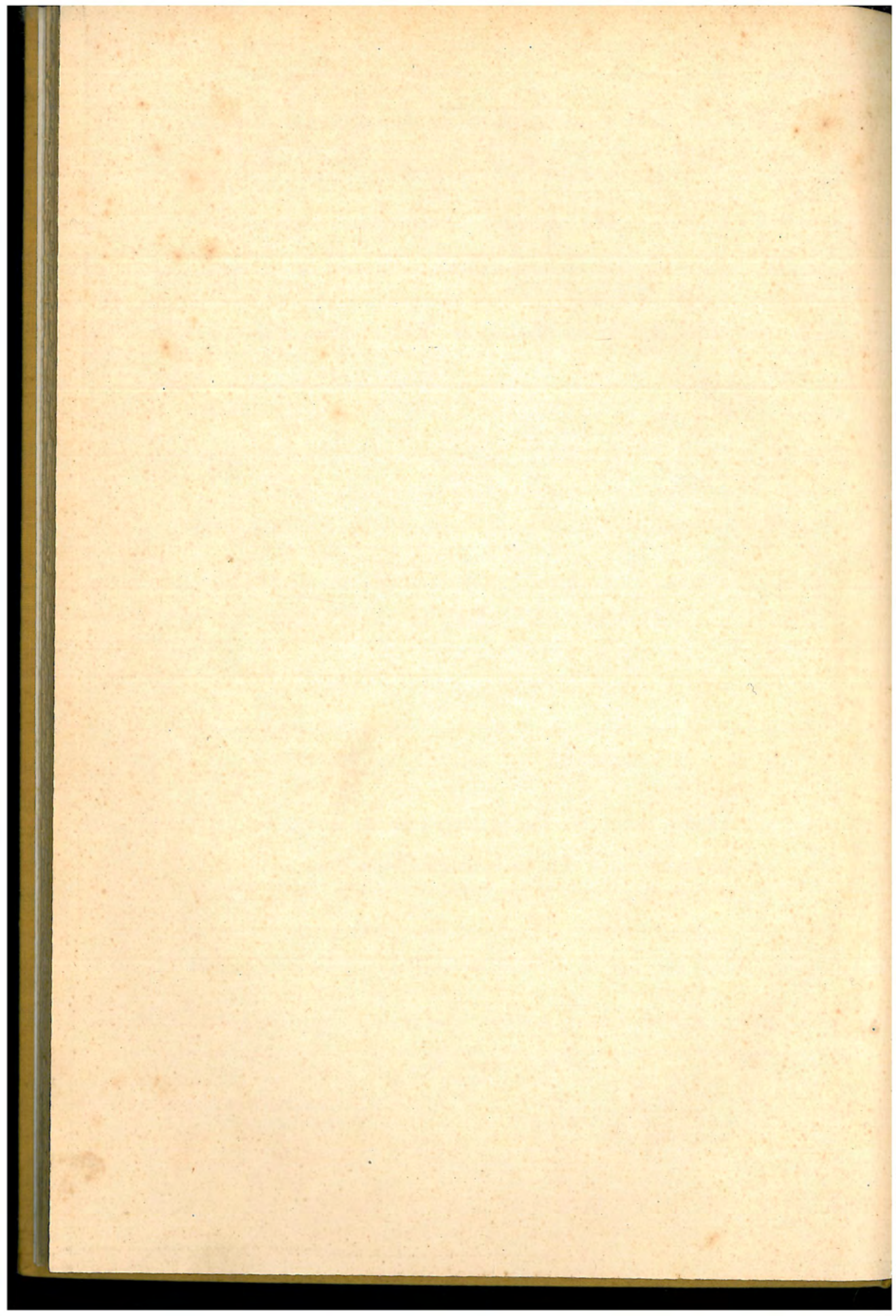
*

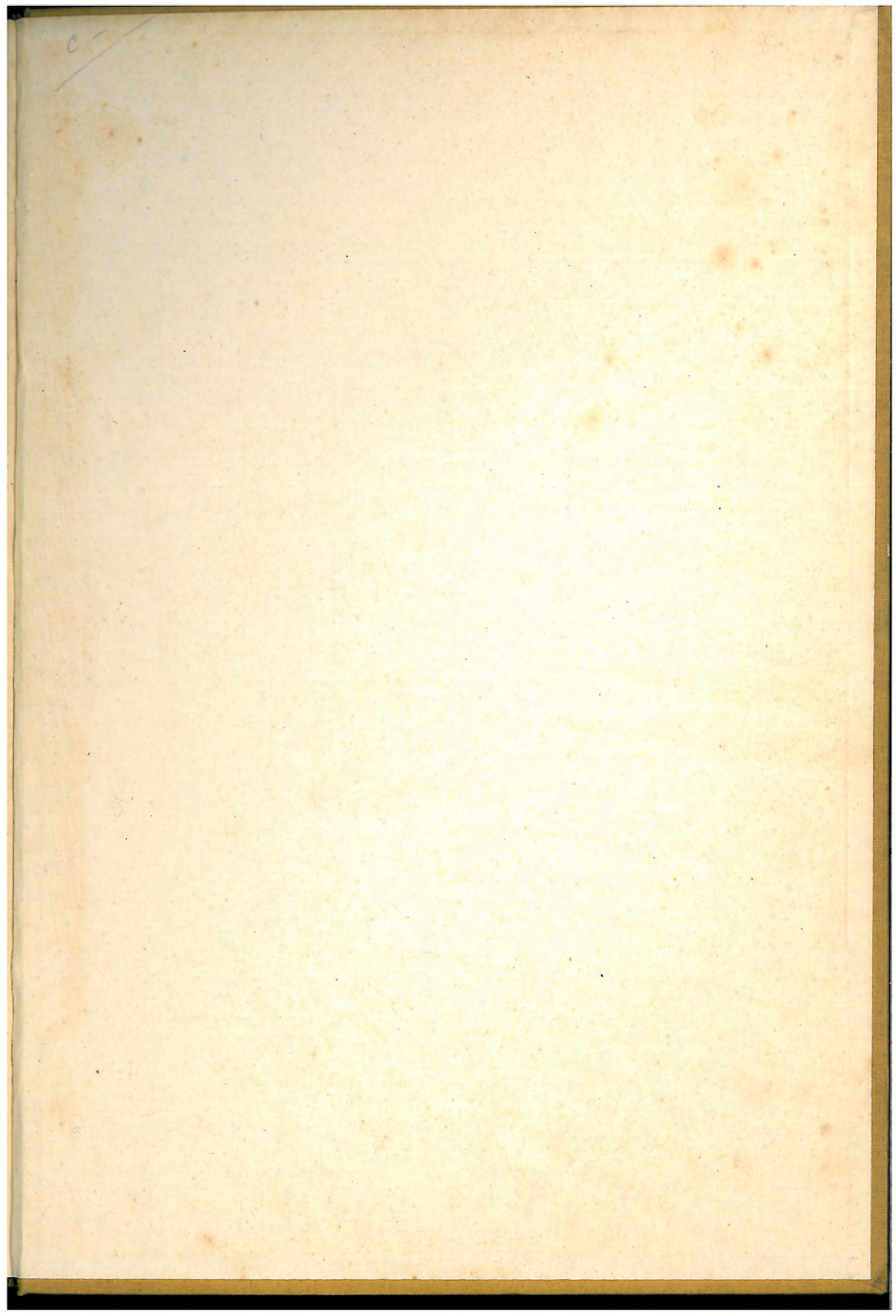
Der Verfasser ist sich dessen bewußt, daß in dieser Abhandlung das Prinzip der Versagung als Mittel der inneren Spannungssteigerung einseitig hervorgehoben, das der Gewährung dagegen fast unbeachtet gelassen wurde, obzwar es unleugbar Fälle gibt, in denen auch der Analytiker zu diesem in der Medizin sonst allgemein gebräuchlichen psychischen Beeinflussungsmittel greifen muß. Als die wichtigste der „Gewährungsmaßnahmen" nenne ich die zeitweilige oder dauernde Aufhebung gewisser Versagungs-Vorschriften.

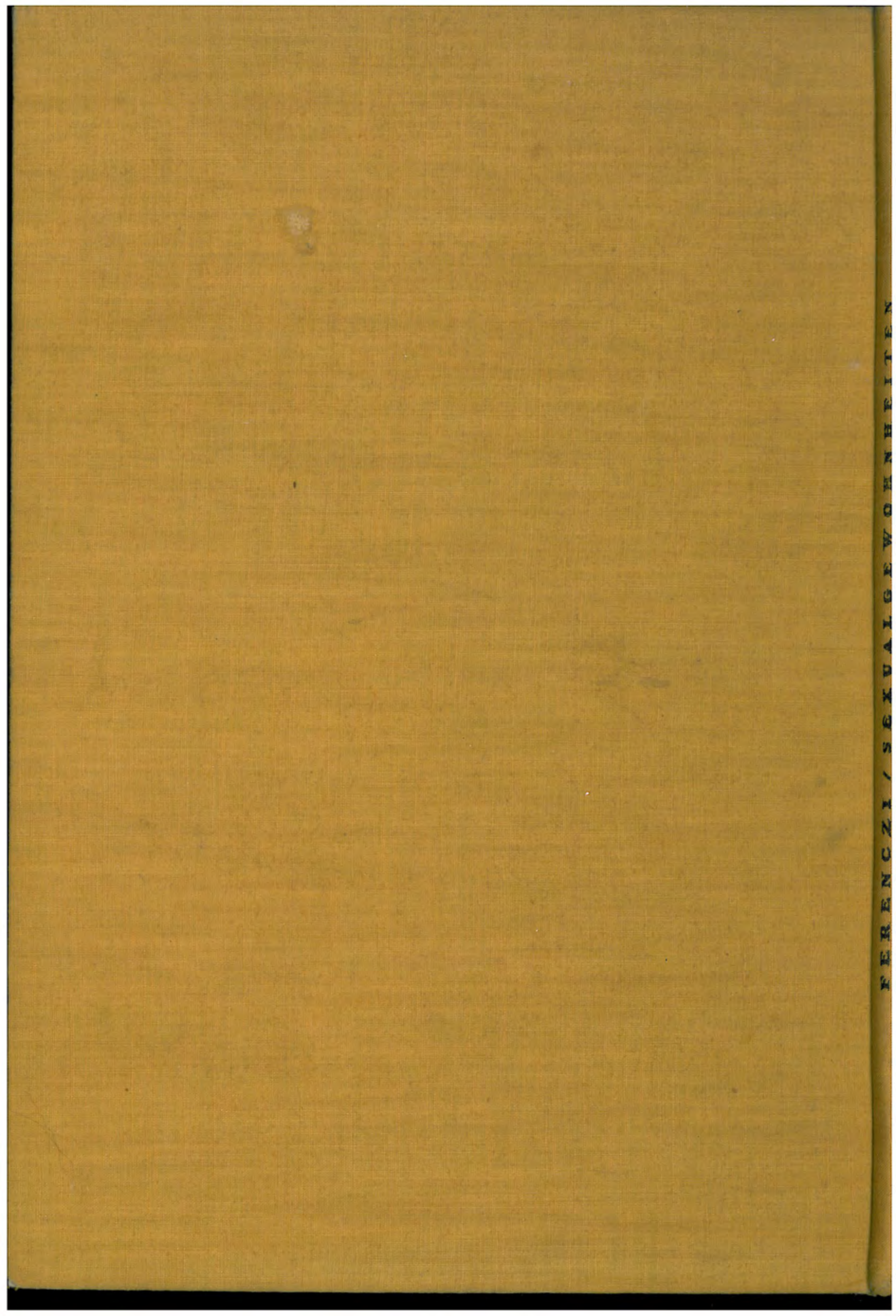
Sonderabdruck aus der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse", herausgegeben von Prof. Sigm. Freud, Bd. XI (1925), Heft 1.

Inhaltsverzeichnis








FERENCZI / SEXUALGEWOHNHEITEN

FERENCZI / SEXUALGEWOHNHEITEN

Dr. S. Ferenczi

Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten